

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

PLAN NA DZIŚ I JUTRO

SPIS TREŚCI

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan na dziś i jutro	3
Tabela opłat i limitów	12
Warunki umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie (Terminowe ubezpieczenie na życie, Bezterminowe ubezpieczenie na życie)	13
Warunki umowy dodatkowej – Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego	19
Warunki umowy dodatkowej – Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego	26
Warunki umowy dodatkowej – Poważne zachorowania	32
Załącznik nr 1 do warunków umowy dodatkowej – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1	41
Załącznik nr 2 do warunków umowy dodatkowej – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2	48
Warunki umowy dodatkowej – Opieka medyczna bez granic	49
Warunki umowy dodatkowej – Assistance onkologiczny	61
Warunki umowy dodatkowej – Utrata samodzielności	71
Warunki umowy dodatkowej – Leczenie w szpitalu	78
Warunki umowy dodatkowej – Zabiegi operacyjne	86
Załącznik nr 1 – Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego	93
Warunki umowy dodatkowej – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku	104
Załącznik nr 1 – Tabela nr 1 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem wskutek wypadku	113
Załącznik nr 1 – Tabela nr 2 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka wskutek wypadku	122
Warunki umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy	125
Załącznik nr 1 do warunków umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy Wykaz procedur medycznych	135
Warunki umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka	139

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

PLAN NA DZIŚ I JUTRO

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

Pojęcia zdefiniowane w tych OWU, mają znaczenie nadane im w OWU. Ileż w tabeli poniżej wskazujemy na postanowienie, w którego treści odwołujemy się do pojęć zdefiniowanych w § 2 OWU, to każdorazowo dane postanowienie należy odczytywać łącznie z brzmieniem definicji pojęcia mającego zastosowanie w danym postanowieniu.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z WARUNKÓW UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2, 4-5; § 4 ust. 1 § 9 ust. 2 pkt 2) § 18 pkt 1) § 20 ust. 1 pkt 1), pkt 3) z uwzględnieniem definicji z § 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 2 z uwzględnieniem definicji z § 2
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 10 ust. 3 pkt. 1) ppkt. c) i f) § 11 ust. 2 pkt. 1) § 15 z uwzględnieniem definicji z § 2 § 7 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiącego załącznik do niniejszych OWU Tabela opłat i limitów do ubezpieczenia Plan na dziś i jutro stanowiąca załącznik do niniejszych OWU
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16 § 17 z uwzględnieniem definicji z § 2 Tabela opłat i limitów do ubezpieczenia Plan na dziś i jutro stanowiąca załącznik do niniejszych OWU

W takich ramach, jak ta, zamieszczamy przydatne komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia. Te treści nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

CZĘŚĆ I. PODSTAWOWE INFORMACJE O UBEZPIECZENIU, CZYLI KTO I OD JAKICH ZDARZEŃ LOSOWYCH MOŻE BYĆ UBEZPIECZONY

Dowiedz się najważniejszych rzeczy o ubezpieczeniu: co jest jego celem, jaką kwotę otrzymasz, w jakich przypadkach oraz kiedy Allianz może ograniczyć wypłatę. Poznaj również definicje stosowanych pojęć.

§ 1. CZEGO DOTYCZY NINIEJSZY DOKUMENT?

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Plan na dziś i jutro, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.
2. Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu ryzyk dodatkowych, o ile zawarte zostaną umowy dodatkowe na podstawie poszczególnych warunków ubezpieczenia umów dodatkowych, co zostanie potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

§ 2. JAKIE SĄ DEFINICJE STOSOWANYCH POJĘĆ?



Zapoznaj się z tym rozdziałem. Wyjaśniamy tu wszystkie pojęcia używane w tych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, zawsze używając go w ogólnych warunkach ubezpieczenia, rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w tym rozdziale.

Terminom używanym zarówno w OWU, załącznikach do OWU, wnioskach o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Akt przemocy** – bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
- 2) **Akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy, lub skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
- 3) **Akty stanu wojennego lub działań wojennych** – ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
- 4) **Allianz** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ulicy Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa.
- 5) **Cena jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Allianz przelicza wypłatę składki na jednostki uczestnictwa oraz dokonuje ich umorzenia.
- 6) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
- 7) **Fundusz (Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek podstawowych i doraźnych opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.
- 8) **Jednostki uczestnictwa (jednostki)** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz.
- 9) **Miesiąc polisowy** – okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą miesięczną polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną miesięczną polisy (począwszy od

pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną miesięczną polisy.

- 10) **Miesięcznica polisy** – dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
- 11) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 12) **Rachunek jednostek** – odpowiednio rachunek podstawowy lub rachunek swobodnego dostępu.
- 13) **Rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek podstawowych.
- 14) **Rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych.
- 15) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla Ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy, stanowiący załącznik do niniejszych OWU.
- 16) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej.
- 17) **Rok polisowy** – okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony, a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną rocznicę polisy.
- 18) **Składka** – suma składki podstawowej oraz składki ochronnej (o ile do umowy podstawowej dołączone zostały umowy dodatkowe). Wysokość i termin wymagalności składki zostały określone w polisie lub aneksie do polisy.
- 19) **Składka doraźna** – wpłata dobrowolna z tytułu umowy podstawowej, niezależna od składki podstawowej, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy podstawowej po wystawieniu polisy, przeznaczona na nabycie jednostek lokowanych na rachunku swobodnego dostępu.
- 20) **Składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej, przeznaczona na nabycie jednostek lokowanych na rachunku podstawowym.
- 21) **Składka ochronna** – suma składek z tytułu umów dodatkowych dołączonych do umowy podstawowej.
- 22) **Suma ubezpieczenia** – kwota wypłacana przez Allianz w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 23) **Tabela opłat i limitów** – tabela wskazująca wysokości opłat występujących w umowie ubezpieczenia oraz limity poszczególnych wartości określonych w tej tabeli.
- 24) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 25) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. W ramach umowy podstawowej ochroną może zostać objęty jeden Ubezpieczony albo dwóch Ubezpieczonych.
- 26) **Umowa podstawowa** – umowa zawierana pomiędzy Allianz, a Ubezpieczającym, na podstawie OWU.
- 27) **Umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy podstawowej.
- 28) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające umowę podstawową, stanowiące (po ich zawarciu) integralną część umowy ubezpieczenia, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.
- 29) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci.
- 30) **Uposażony zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
- 31) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Allianz w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z umowy na zasadach przewidzianych w § 16 i 18.
- 32) **Zamieszki** – demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
- 33) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy podstawowej, polegające na śmierci jedynego Ubezpieczonego albo na śmierci ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, w trakcie jej trwania.

§ 3. JAKI JEST CEL I ZAKRES UMOWY PODSTAWOWEJ ZAWARTEJ W RAMACH PLANU NA DZIŚ I JUTRO?

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie jednego lub dwóch Ubezpieczonych, zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2.
2. Umowa podstawowa może zostać zawarta:
 - a) na rachunek jednego Ubezpieczonego – wówczas zdarzeniem jest śmierć tego Ubezpieczonego, a świadczenie wypłacane jest po jego śmierci;albo
 - b) na rachunek dwóch Ubezpieczonych, pozostających ze sobą w związku małżeńskim lub w związku nieformalnym – wówczas zdarzenie ubezpieczeniowe zachodzi po śmierci obu Ubezpieczonych, a świadczenie wypłacane jest po śmierci ostatniego z dwóch Ubezpieczonych.
3. Obok zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci jednego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, celem umowy podstawowej jest długoterminowe gromadzenie i inwestowanie środków finansowych w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
4. Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy podstawowej polega na wypłacie uposażonym albo innym osobom uprawnionym, zgodnie z zasadami określonymi w § 19, świadczenia w wysokości określonej w § 4 ust. 1, z tytułu śmierci jednego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych.
5. Przedmiot i zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony poprzez dotarcie do umowy podstawowej umów dodatkowych, co zostanie potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych dotychczas do umowy podstawowej i stanowiących jej uzupełnienie.



Umowa podstawowa daje przede wszystkim możliwość długoterminowego gromadzenia i inwestowania środków finansowych w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.

§ 4. JAKĄ KWOTĘ WYPŁACI ALLIANZ W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA ORAZ W JAKICH WYPADKACH WYPŁATA MOŻE BYĆ OGRANICZONA?

1. Z tytułu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch z Ubezpieczonych w okresie ochrony, Allianz wypłaci świadczenie w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia, wynoszącej 100 zł, oraz
 - b) wartości jednostek uczestnictwa, liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie, pomniejszonych o kwoty niezrealizowanych wniosków o wykup częściowy polisy, złożonych przed zejściem zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Wyłączenia odpowiedzialności
W przypadku śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy podstawowej,
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych, jak również przebywania na terenach objętych aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach,Allianz wypłaci świadczenie równe wartości jednostek uczestnictwa, liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci jednego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie, pomniejszonych o kwoty niezrealizowanych wniosków o wykup częściowy polisy, złożonych przed zejściem zdarzenia ubezpieczeniowego.

CZĘŚĆ II. UMOWA UBEZPIECZENIA – JAK JĄ ZAWRZEĆ, ZMIENIĆ LUB ROZWIĄZAĆ

Dowiedz się jak zawrzeć lub rozwiązać umowę oraz na jak długo może być zawarta i kogo można na jej podstawie ubezpieczyć.

§ 5. JAK ZAWRZEĆ UMOWĘ?

1. Umowa podstawowa jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa podstawowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Allianz wniosku o zawarcie umowy ma ukończone 18 lat.
3.
 - 1) Umowa podstawowa i umowy dodatkowe są zawierane w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego albo Ubezpieczonych na formularzu wniosku o zawarcie umowy udostępnionym przez Allianz.
 - 2) Allianz ma prawo odmówić zawarcia umowy podstawowej lub umów dodatkowych.
4. Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.
5.
 - 1) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki.
 - 2) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty – jeśli składka nie zostanie opłacona pomimo wezwania Ubezpieczającego do jej zapłaty i upływu dodatkowego terminu do jej zapłaty wskazanego w wezwaniu (nie krótszego niż 7 dni). W wezwaniu Allianz wskaże również Ubezpieczającemu konsekwencje braku zapłaty składki.
6. Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem umowy, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie umowy oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka ubezpieczeniowego i odmowy zawarcia umowy,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
7. W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia umowy, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie.

§ 6. UBEZPIECZONY, UBEZPIECZENI – ILE OSÓB MOŻE BYĆ OBJĘTYCH OCHRONĄ?

1.
 - 1) Umowa podstawowa zawarta na rachunek jednego Ubezpieczonego może zostać zmieniona w umowę na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeżeli dodatkowa osoba obejmowana ochroną ubezpieczeniową pozostaje z dotychczasowym Ubezpieczonym w związku małżeńskim lub w związku nieformalnym.
 - 2) Przekształcenie w umowę na rachunek dwóch Ubezpieczonych następuje poprzez złożenie przez Ubezpieczającego oferty, w trybie przewidzianym dla zawarcia umowy, wskazanym w § 5. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego, dotychczasowego Ubezpieczonego oraz osobę, która ma zostać dodatkowo objęta ochroną ubezpieczeniową, na formularzu udostępnionym przez Allianz.
 - 3) Allianz poinformuje o zaakceptowaniu nowego ryzyka ubezpieczeniowego doręczając Ubezpieczającemu aneks do polisy.
 - 4) Ochrona ubezpieczeniowa na rachunek dwóch Ubezpieczonych rozpocznie się od daty podanej w aneksie do polisy, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pełnej wymaganej składki.

2.
 - 1) W trakcie trwania umowy podstawowej zawartej na rachunek dwóch Ubezpieczonych, istnieje możliwość jej przekształcenia w umowę podstawową na rachunek jednego z Ubezpieczonych.
 - 2) Rezygnacja z obejmowania ochroną jednego z Ubezpieczonych następuje na wniosek Ubezpieczającego.
 - 3) Allianz potwierdzi zmianę doręczając Ubezpieczającemu aneks do polisy.
 - 4) Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ubezpieczonego występującego z umowy podstawowej wygasa z dniem wskazanym w aneksie do polisy.

§ 7. JAKIE SĄ WARUNKI ROZWIĄZANIA UMOWY?

1.
 - 1) Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. W razie skorzystania z tego prawa Allianz w terminie 7 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o:
 - a) kwoty częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane,
 - b) koszty ochrony ubezpieczeniowej za każdy dzień, w którym Allianz jej udzielał.
 - 2) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dotychczas umowy dodatkowe, Allianz potrąci również część składki ochronnej za każdy dzień udzielonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.
2.
 - 1) Niezależnie od prawa, o którym mowa w ust. 1:
 - a) Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 22 ust. 2,
 - b) Ubezpieczony, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej umowy składając Allianz oświadczenie o wystąpieniu z umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy zgodnie z § 23 ust. 2 rocznej informacji, o której mowa w § 22 ust. 2.
 W razie skorzystania z tego prawa Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wartość jednostek Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu od umowy, powiększoną o proporcjonalną część pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wskazanej w § 15, za okres w którym Allianz nie świadczył tej ochrony.
 - 2) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dotychczas umowy dodatkowe, Allianz zwróci również kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
 - 3) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dotychczas umowy dodatkowe oraz zaistniały okoliczności, w których Allianz udzielił ochrony ubezpieczeniowej w okresie prolongaty, a składka z tego tytułu nie została opłacona, Allianz z wypłacanej wartości potrąci kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej należnej za każdy dzień okresu prolongaty.
3.
 - 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
 - 2) Wypowiedzenie umowy jest równoznaczne z wnioskiem o wykup. Wykup polisy realizowany jest na zasadach określonych w § 16.
4. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - a) z dniem odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 1 i ust. 2 pkt 1) ppkt a),
 - b) z dniem wystąpienia z umowy przez Ubezpieczonego, a w przypadku umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych – ostatniego z Ubezpieczonych, na zasadach określonych w ust. 2 pkt 1) ppkt b),
 - c) z dniem wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 3,
 - d) z chwilą śmierci jednego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych,
 - e) z chwilą doręczenia Allianz wniosku o wykup polisy,

- f) z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 15,
 - g) z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 15 oraz na pobranie składki ochronnej, w przypadku wcześniejszego przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 4, o ile ubezpieczenie nie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 10 lub nie zostanie czasowo zawieszono opłacanie składki zgodnie z § 11, umowa ulega rozwiązaniu wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności, mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki i upływu dodatkowego terminu do jej zapłaty wskazanego w wezwaniu (nie krótszego niż 7 dni). W wezwaniu Allianz wskaże również Ubezpieczającemu konsekwencje braku zapłaty składki. Rozwiązanie umowy następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

CZĘŚĆ III. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

Dowiedz się jak opłacać składkę, co się stanie jeśli nie zapłacisz jej w terminie oraz jak zawiesić jej opłacanie. Poznaj również zasady przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

§ 8. JAKIE SĄ ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI?



Do Ciebie należy wybór z jaką częstotliwością chcesz opłacać składkę. W ten sposób możesz dostosować płatności do swoich możliwości finansowych.

1.
 - 1) Składka opłacana jest regularnie, z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od dnia rozpoczęcia ochrony.
 - 2) Wysokość składki podstawowej jest określona przez Ubezpieczającego przy zawarciu umowy.
 - 3) Wysokość składki ochronnej jest ustalana zgodnie z postanowieniami warunków poszczególnych umów dodatkowych.
 - 4) Na całkowitą składkę składają się: składka podstawowa oraz składka ochronna. Minimalna wysokość składki podstawowej oraz składki ochronnej została wskazana w Tabeli opłat i limitów.
 - 5) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.
 - 6) Ubezpieczający za zgodą i na warunkach zaproponowanych przez Allianz może zmienić częstotliwość opłacania składki w każdą datę jej wymagalności, przy uwzględnieniu obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania określonych w Tabeli opłat i limitów.
 - 7) Począwszy od pierwszej rocznicy polisy, Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki podstawowej, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki podstawowej nie może być niższa od obowiązującej minimalnej składki podstawowej wskazanej w Tabeli opłat i limitów.



Zapoznaj się z Tabelą opłat i limitów. Znajdziesz ją na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

2. Ubezpieczający, nie wcześniej niż po wystawieniu polisy, może dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości.
3. Datą opłacenia składki jest dzień wpływu składki w pełnej wysokości na rachunek bankowy Allianz.



Jeżeli zadeklarowana przez Ciebie częstotliwość opłacania składki przestanie Ci odpowiadać, możesz zgłosić nam chęć jej zmiany w ramach obowiązujących składek minimalnych określonych w załączonej Tabeli opłat i limitów.

§ 9. JAKIE SĄ KONSEKWENCJE NIEOPŁACENIA SKŁADKI?

1. Ubezpieczającemu, poczynwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (zwanej dalej: „okresem prolongaty”). W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej, która wygasa wraz z upływem okresu prolongaty, jeśli Ubezpieczający nie zapłaci składki pomimo uprzedniego wezwania go do jej zapłaty i upływu dodatkowego terminu do jej zapłaty wskazanego w wezwaniu (nie krótszego niż 7 dni). W wezwaniu wskażemy Ubezpieczającemu również konsekwencje braku zapłaty składki.



Poczynwszy od terminu, w którym powinienś opłacić drugą składkę przysługuje Ci 30-dniowa prolongata terminu płatności składki. Przez cały czas prolongaty ochrona ubezpieczeniowa pozostaje bez zmian. Wygasa dopiero po 30. dniu. W przypadku dalszego nieopłacenia składki umowa zostaje rozwiązana w 90. dniu od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.
 - 1) Po upływie okresu prolongaty, a przed upływem 90 dni od daty wymagalności składki ochrona ubezpieczeniowa może zostać wznowiona.
 - 2) Jeżeli pomimo uprzedniego wezwania Ubezpieczającego do zapłaty składki, upływu dodatkowego terminu do jej zapłaty wskazanego w wezwaniu (nie krótszego niż 7 dni) oraz wskazania konsekwencji braku zapłaty składki, Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki oraz: a) ochrona nie zostanie wznowiona, b) umowa nie zostanie przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 10, c) Ubezpieczający nie dokona czasowego zawieszenia opłacania składek zgodnie z § 11, Allianz uznaje, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.
 - 3) Rozwiązanie umowy zgodnie z powyższymi zapisami będzie traktowane, jako złożenie wniosku o wykup. W takiej sytuacji Allianz wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu, przy czym jednostki uczestnictwa są umarzane na zasadach określonych w Regulaminie.



Pamiętaj, że terminowe opłacanie składek gwarantuje ciągłość ochrony. Jeżeli nie opłacisz składki w terminie przypomnimy Ci o tym.

§ 10. JAK DOCHODZI DO ZMIANY UMOWY W UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE?



Przekształcając ubezpieczenie w bezskładkowe nadal korzystasz z pełnej ochrony i zachowujesz prawo do wykupu polisy, częściowego wykupu polisy, zmiany alokacji składki doraźnej i przenoszenia środków. Umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestanie wystarczać na pokrycie składek ochronnych oraz pobieranych przez Allianz opłat. Jeśli obawiasz się, że środki na rachunku podstawowym są niewystarczające, abyś mógł utrzymać ochronę w długim okresie czasu, możesz w pierwszej kolejności skorzystać ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu. Wystarczy, że zgłosisz nam taką chęć.

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie wymagalności, a umowa trwa co najmniej dwa lata oraz zostały opłacone składki za dwa pełne lata polisowe, ma on prawo w okresie prolongaty składki złożyć Allianz wniosek o zmianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

2. Poczynwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone składki za dwa pełne lata polisowe, jeżeli w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek i w terminie 90 dni od daty wymagalności składki Ubezpieczający jej nie opłaci, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, umowa przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.



Jeżeli Twoje ubezpieczenie przekształci się w bezskładkowe, poinformujemy Cię o tym.

3.
 - 1) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek,
 - b) Ubezpieczający ma prawo do wpłat składek doraźnych,
 - c) składka ochronna pobierana jest w dacie jej wymagalności ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym poprzez umorzenie jednostek, z zastrzeżeniem pkt 2),
 - d) poziom i zakres ochrony ubezpieczeniowej nie ulega zmianie,
 - e) zachowana zostaje ciągłość w ochronie ubezpieczeniowej,
 - f) Allianz pobiera opłaty określone w § 15,
 - g) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy, częściowego wykupu polisy, zmiany alokacji składki doraźnej, przenoszenia środków,
 - h) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestaje wystarczać na pokrycie składek ochronnych oraz opłat, o których mowa w § 15.
 - 2) We wniosku o zmianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczający może wskazać aby składka ochronna i opłata polisowa pobierane były w pierwszej kolejności ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu, a następnie ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.
4. Ubezpieczający ma możliwość przywrócenia poprzednich warunków umowy, tj. obowiązku regularnego opłacania składek, za zgodą Allianz.

§ 11. JAKIE SĄ WARUNKI CZASOWEGO ZAWIESZENIA OPŁACANIA SKŁADEK?

1. Poczynwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone składki za dwa pełne lata polisowe, Ubezpieczający ma prawo, do czasowego zawieszenia opłacania składek.
2.
 - 1) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek. Warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Allianz pobiera opłaty, o których mowa w § 15. Składka ochronna pobierana jest w dacie jej wymagalności ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym poprzez umorzenie jednostek.
 - 2) We wniosku o czasowe zawieszenie opłacania składek, Ubezpieczający może wskazać aby składka ochronna i opłata polisowa pobierane były w pierwszej kolejności ze środków zgromadzonych na rachunku swobodnego dostępu, a następnie ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.
3. Płatność składek może być zawieszona na okres do 12 miesięcy, wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o czasowe zawieszenie, zgodny z wybraną częstotliwością opłacania składki, jednak nie dłuższy niż okres, za jaki składki ochronne oraz opłaty, o których mowa w § 15, mogą być pokryte ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym, zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2).
4. Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na rachunku podstawowym (lub na obu rachunkach łącznie, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji, o której mowa w ust. 2 pkt 2), czasowe zawieszenie opłacania składek nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, Allianz zawiesi opłacanie składek na możliwie najdłuższy okres, na jaki pozwalają na to środki zgromadzone na rachunku podstawowym (lub na obu rachunkach łącznie, w przypadku złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji, o której mowa w ust. 2 pkt 2).
5. W okresie czasowego zawieszenia Ubezpieczający nie może dokonywać zmian w umowie skutkujących zmianą wysokości składki lub częstotliwości jej opłacania.



W razie przejściowych trudności finansowych możesz skorzystać z dogodnego rozwiązania, jakim jest czasowa przerwa w płatności składek, która może trwać do 12 miesięcy. W tym czasie warunki ochrony pozostają bez zmian.

CZĘŚĆ IV. UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE (FUNDUSZE)

Dowiedz się więcej o Funduszach oraz zasadach związanych z inwestowaniem składek gromadzonych na rachunku podstawowym i rachunku swobodnego dostępu.

§ 12. CO NALEŻY WIEDZIEĆ O FUNDUSZACH?



Zanim wybierzesz Fundusze, w które inwestowane będą Twoje składki podstawowe i dorażne, zapoznaj się z zasadami ich działania, w tym z polityką inwestycyjną i dopasuj ją do swoich planów inwestycyjnych i skłonności do ryzyka inwestycyjnego, gdyż ryzyko to ponosi Ubezpieczający. Szczegółowe informacje znajdziesz w odrębnym dokumencie, jakim jest Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla Ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

1. Składki podstawowe i składki dorażne wpłacane przez Ubezpieczającego inwestowane są w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, które tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa, OWU i Regulaminie.
2. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym.
3. Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach.
4. Allianz na podstawie umowy prowadzi rachunki jednostek, na których są ewidencjonowane jednostki poszczególnych Funduszy nabywane za składki podstawowe i dorażne.
5. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki poszczególnych Funduszy ponosi Ubezpieczający.
6.
 - 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym Funduszem jest ustalana w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
 - 2) Wartość aktywów każdego Funduszu oraz ceny jednostek są ustalane według zasad określonych w Regulaminie.

§ 13. JAK SĄ INWESTOWANE SKŁADKI PODSTAWOWE I SKŁADKI DORAŻNE?

1.
 - 1) Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki podstawowej złożoną przez Ubezpieczającego i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku podstawowym, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności.
 - 2) Liczbę jednostek danego Funduszu nabywanych z wpłaconej składki podstawowej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki, w terminach określonych w Regulaminie.
2. Składka dorażna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki dorażnej złożoną przez Ubezpieczającego i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.

§ 14. JAK ZMIENIAĆ ALOKACJĘ SKŁADKI I PRZENOSIĆ ŚRODKI?

1.
 - 1) Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz dorażnej we wniosku o zawarcie umowy.

- 2) Dyspozycja alokacji składki dla danego rachunku powinna być określona procentowo z dokładnością do 1 i stanowić łącznie 100, z zastrzeżeniem że udział procentowy składki lokowanej w jeden Fundusz nie może być mniejszy niż 10.
- 3) W razie braku wskazania Funduszy, w których ma zostać ulokowana składka podstawowa lub składka dorażna, Allianz lokuje składki w Fundusze wskazane w Regulaminie, których polityka inwestycyjna charakteryzuje się najniższym poziomem ryzyka inwestycyjnego. W przypadku, gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Allianz lokuje składki w poszczególne Fundusze wskazane przez Ubezpieczającego z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z tego wskazania.



Zapoznaj się z charakterystyką Funduszy, w ramach których możesz inwestować swoje środki. Znajdziesz ją w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

2.
 - 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki inwestowanej w poszczególne Fundusze (tzw. zmiana alokacji składki), z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 pkt 2).
 - 2) Zmiana alokacji, o której mowa w pkt 1) obowiązuje od momentu rejestracji przez Allianz odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje w ciągu 3 dni roboczych od daty otrzymania wniosku przez Allianz.
3.
 - 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy może przenosić środki w ramach danego rachunku między dostępnymi Funduszami (tzw. przeniesienie środków). Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego.
 - 2) Przeniesienie środków jest realizowane poprzez umorzenie jednostek ze wskazanego Funduszu, a następnie nabycie jednostek wybranych Funduszy, na zasadach określonych w Regulaminie.
 - 3) Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, w sposób uniemożliwiający jej realizację.



Możesz aktywnie i bezpłatnie zarządzać swoim kapitałem dokonując zmian alokacji składki lub przeniesienia środków między Funduszami.

CZĘŚĆ V. OPŁATY

Sprawdź za co i w jaki sposób pobierane są opłaty.

§ 15. JAKIE OPŁATY SĄ POBIERANE W ZWIĄZKU Z UBEZPIECZENIEM?

W ramach umowy ubezpieczenia Allianz pobiera następujące opłaty:

- 1) Opłata polisowa – wartość określona kwotowo, wskazana w Tabeli opłat i limitów, pobierana z rachunku podstawowego pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego z góry, poprzez umorzenie jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku podstawowego, według ceny jednostki w dniu pobrania opłaty. Opłata polisowa przeznaczana jest na pokrycie kosztów związanych z zawarciem umowy i bieżącymi kosztami Allianz związanych z obsługą umowy.
- 2) Opłata za ochronę ubezpieczeniową – kwota pobierana za czas świadczenia przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej, wyliczona przy uwzględnieniu poziomu ryzyka ubezpieczeniowego, której wysokość wskazano w Tabeli opłat i limitów. Opłata za ochronę ubezpieczeniową pobierana jest pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego z góry, z rachunku podstawowego, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku, według cen jednostek w dniu pobrania opłaty. W razie rozwiązania umowy na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

- 3) Opłata za zarządzanie – opłata za zarządzanie Funduszem, ustalana procentowo w stosunku do wartości aktywów każdego z Funduszy. Opłata za zarządzanie pobierana jest w każdym dniu wyceny poprzez pomniejszenie wartości aktywów każdego z Funduszy o kwotę odpowiadającą wysokości tej opłaty. Wysokość tej opłaty została wskazana w Regulaminie.



Zapoznaj się z wysokością pobieranych opłat. Tabelę opłat i limitów znajdziesz na końcu dokumentu w załączniku nr 1.

CZĘŚĆ VI. WYKUP POLISY I CZĘŚCIOWY WYKUP POLISY. DOWIEDZ SIĘ W JAKICH SYTUACJACH I NA JAKICH ZASADACH MOŻESZ DOKONAĆ WYPŁAT Z POLISY.

§ 16. JAK I KIEDY MOŻNA DOKONAĆ WYKUPU POLISY?

- 1) W czasie trwania umowy Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy, co skutkuje rozwiązaniem umowy.
- 2) Wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu wszystkich jednostek, w terminach określonych w Regulaminie.
- 3) Wartość wykupu polisy odpowiada wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 4) Wraz z wartością wykupu Allianz dokona zwrotu kwoty stanowiącej równowartość składki ochronnej z umowy podstawowej oraz umów dodatkowych – jeśli zostały dotychczas do umowy – za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
- 5) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dotychczas umowy dodatkowe oraz zaistniały okoliczności, w których Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej w okresie prolongaty, a składka z tego tytułu nie została opłacona, Allianz z wypłacanej wartości wykupu potrąci kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej należnej za każdy dzień okresu prolongaty.



Dokonanie wykupu polisy jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z wszystkimi umowami dodatkowymi.

§ 17. JAK I KIEDY MOŻNA DOKONAĆ CZĘŚCIOWEGO WYKUPU POLISY?

- 1) W czasie trwania umowy Ubezpieczający ma prawo do częściowego wykupu polisy.
- 2) Częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu z właściwego rachunku odpowiedniej liczby jednostek Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach określonych w Regulaminie.
- 3) Szacowana kwota częściowego wykupu z rachunku podstawowego (liczona jako iloczyn liczby jednostek zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczającego i ceny jednostek z dnia wptywu wniosku o wykup częściowy do Allianz) nie może przekroczyć wartości wykupu.
- 4) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup polisy brak wskazania Funduszy, z których mają być wycofane środki, Allianz dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych Funduszach.

§ 18. JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE DO WYPŁATY ŚRODKÓW Z POLISY? KIEDY DOKONAMY WYPŁATY?

- 1) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz wartości wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy są:
 - a) wniosek o wykup polisy / częściowy wykup polisy,

- b) inne dokumenty niezbędne do rozpatrzenia wniosku o wykup, wskazane przez Allianz po wptynięciu do Allianz wniosku o wykup.
- 2) Kwota należna z tytułu wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie 7 dni roboczych od otrzymania przez Allianz kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1).

CZĘŚĆ VII. POSTĘPOWANIE W RAZIE ZAJŚCIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

Sprawdź, co należy zrobić, by wskazane przez Ciebie osoby otrzymały świadczenie.

§ 19. JAKIE PRAWA MAJĄ UPOSAŻENI I JAK ICH WYZNACZYĆ?

- 1)
 - 1) Ubezpieczony może wskazać uposażonego/uposażonych jako osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci; może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania umowy.
 - 2) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.
 - 3) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, każdy z Ubezpieczonych ma prawo wskazania uposażonego/uposażonych. Świadczenie z tytułu umowy podstawowej wypłacane jest, gdy umrą obaj Ubezpieczeni, uposażonemu/uposażonym Ubezpieczonemu, który zmarł ostatni.
 - 4) W razie jednoczesnej śmierci obu Ubezpieczonych połowa świadczenia wypłacana jest uposażonym wskazanym przez pierwszego Ubezpieczonego, a druga połowa świadczenia wypłacana jest uposażonym wskazanym przez drugiego Ubezpieczonego. Zasadę opisaną w niniejszym punkcie stosuje się odpowiednio do uposażonych zastępczych oraz uprawnionych, o których mowa w ust. 2 pkt 4) poniżej.



W każdej chwili możesz wskazać osobę lub osoby uprawnione do otrzymania świadczenia. Będąc jedną z ubezpieczonych osób, możesz wskazać innych uposażonych niż Twój małżonek lub partner.

- 2)
 - 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia:
 - a) w razie zawarcia umowy na rachunek jednego Ubezpieczonego – z chwilą jego śmierci,
 - b) w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych – z chwilą śmierci Ubezpieczonego, który zmarł ostatni.
 - 2) W razie śmierci uposażonego przed zajściem zdarzenia lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu uposażonemu przejmują pozostali uposażeni wskazani przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych wskazani przez Ubezpieczonego, który zmarł ostatni), z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań tego Ubezpieczonego.
 - 3) W razie śmierci wszystkich uposażonych przed zajściem zdarzenia lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, prawo do otrzymania świadczenia przejmują uposażeni zastępczy wskazani przez Ubezpieczonego (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych wskazani przez Ubezpieczonego, który zmarł jako drugi), z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań tego Ubezpieczonego.
 - 4) Jeżeli Ubezpieczony (w razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych Ubezpieczony, który zmarł jako drugi) nie wskazał uposażonego lub w chwili śmierci tego Ubezpieczonego brak jego uposażonych i uposażonych zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny tego Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,

- b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmatzonka,
- c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmatzonka,
- d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców i dzieci i współmatzonka,
- e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.



Zapoznaj się z definicjami uposażonych oraz uposażonych zastępczych. Słownik pojęć znajdziesz w § 2.

§ 20. JAKICH FORMALNOŚCI TRZEBA DOPEŁNIĆ DO WYPŁATY ŚWIADCZENIA?

1.
 - 1) W razie zajścia zdarzenia należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
 - 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
 - 3) Świadczenia zostanie wypłacone na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba zgłaszająca roszczenie powinna dołączyć wskazane przez Allianz dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez Allianz druku.
2.
 - 1) Allianz wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
 - 2) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
 - 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.



Bezsporną część świadczenia wypłacimy wyznaczonym przez Ciebie osobom w ciągu 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.

CZĘŚĆ VIII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE, W TYM ZASADY DOKONYWANIA ZMIAN W UMOWIE ORAZ ZASADY KOMUNIKACJI W TRAKCIE JEJ TRWANIA

Sprawdź, jakie są wzajemne obowiązki informacyjne stron umowy oraz jak dokonać zmian w umowie. Dowiedz się czym jest ubezpieczenie na cudzy rachunek oraz gdzie możesz się zwrócić gdybyś był niezadowolony z ubezpieczenia.

§ 21. JAKIE SĄ WZAJEMNE OBOWIĄZKI INFORMACYJNE STRON UMOWY?

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są ponadto informować Allianz o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Allianz jest zobowiązany do poinformowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą umową ubezpieczenia lub umową gwarancji ubezpieczeniowej agentowi ubezpieczeniowemu lub agentowi oferującemu ubezpieczenia uzupełniające w rozumieniu ustawy o dystrybucji ubezpieczeń uznaje się za złożone zakładowi ubezpieczeń, w imieniu lub na rzecz którego agent działa, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.



Poinformuj nas o zmianie danych osobowych lub adresowych, aby mieć pewność, że zawsze będziemy mogli się z Tobą skontaktować.

§ 22. JAKIE SĄ OBOWIĄZKI INFORMACYJNE ALLIANZ?

1. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
2. Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, a także o wartości wykupu ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
3. Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

§ 23. JAKIE ZASADY OBOWIĄZUJĄ W UBEZPIECZENIU NA CUDZY RACHUNEK?

1. Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego/Ubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego/Ubezpieczonych.



Zadbaj o to by osoba, na rzecz której zawierasz umowę znała jej szczegóły i wiedziała o wszystkich dokonywanych przez Ciebie zmianach.

2.

- 1) W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwa-
łym nośniku, informacje określone w § 22 ust. 1–2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 22 ust. 1; b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 22 ust. 2.
- 2) Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje mu informacje określone § 22 w ust. 1–2.

§ 24. CO ZROBIĆ W PRZYPADKU NIEZADOWOLENIA Z ZAWARCIA LUB PRZEBIEGU UMOWY?

1. Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami, skarga lub zażalenie może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja, skarga lub zażalenie może być złożona:
 - na piśmie – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
 - w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiedź na reklamację, skargę lub zażalenie zostanie udzielona na piśmie. E-mailem Allianz odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie wyjątkowo na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Szczegółowe informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym są dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.

7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Allianz do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Allianz ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział Allianz w tym postępowaniu wymaga zgody Allianz). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 25. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie www.allianz.pl.

§ 26. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU zastosowanie mają odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
2.
 - 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczanego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 - 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczanego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
3. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/ sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
4. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 37/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 roku.

MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU

VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

TABELA OPŁAT I LIMITÓW DO UBEZPIECZENIA PLAN NA DZIŚ I JUTRO

Tabela opłat

1.	Opłata za zarządzanie Funduszem (w skali roku)	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
2.	Opłata polisowa	10,50 zł miesięcznie
3.	Opłata za ochronę ubezpieczeniową: – umowa na rachunek jednego Ubezpieczonego – umowa na rachunek dwóch Ubezpieczonych	1 zł miesięcznie 1 zł miesięcznie

Tabela limitów

1a.	Minimalna wysokość składki podstawowej, w przypadku gdy do umowy podstawowej nie zostały dołączone umowy dodatkowe: – miesięczna – kwartalna – półroczna – roczna	300 zł 900 zł 1800 zł 3600 zł
1b.	Minimalna wysokość składki podstawowej, w przypadku gdy do umowy podstawowej zostały dołączone umowy dodatkowe: – miesięczna – kwartalna – półroczna – roczna	100 zł 300 zł 600 zł 1200 zł
2.	Minimalna wysokość składki ochronnej (na polisę): – miesięczna – kwartalna – półroczna – roczna	100 zł 300 zł 600 zł 1200 zł
3.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Terminowe ubezpieczenie na życie/Bezterminowe ubezpieczenie na życie	5 000 zł
4.	Minimalna składka miesięczna ¹ z tytułu umowy dodatkowej Śmierć wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego	15 zł
5.	Minimalna składka miesięczna ¹ z tytułu umowy dodatkowej Utrata samodzielności	15 zł
6.	Minimalna składka miesięczna ¹ z tytułu umowy dodatkowej Poważne zachorowania Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Poważne zachorowania: – dla Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem – dla Ubezpieczonego dziecka	15 zł 1 000 000 zł 300 000 zł
7.	Minimalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej Leczenie w szpitalu Maksymalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej Leczenie w szpitalu: – dla Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem – dla Ubezpieczonego dziecka	100 zł 500 zł 300 zł
8.	Minimalna składka miesięczna ¹ z tytułu umowy dodatkowej Zabiegi operacyjne Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Zabiegi operacyjne: – dla Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem – dla Ubezpieczonego dziecka	15 zł 100 000 zł 50 000 zł
9.	Minimalna składka miesięczna ¹ z tytułu umowy dodatkowej Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku: – dla Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem – dla Ubezpieczonego dziecka	15 zł 200 000 zł 100 000 zł
10.	Minimalna wysokość renty z tytułu umowy dodatkowej Miesięczna renta w razie śmierci Ubezpieczonego Minimalny okres wypłaty renty Maksymalny okres wypłaty renty	500 zł miesięcznie 5 lat 25 lat

¹ W przypadku zapłaty składki z częstotliwością inną niż miesięczna, minimalna wysokość składki jest odpowiednią wielokrotnością miesięcznej składki minimalnej.

Niniejsza Tabela opłat i limitów została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 38/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 roku.


MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU


RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU


MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU


VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU


KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE (TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE, BEZTERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE)

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3; § 13; § 14 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z §1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 z uwzględnieniem definicji z §1
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 9 ust. 1, 2, 4 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe § 11 ust. 1 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, umowę dodatkową – Ubezpieczenie na życie, w wariancie terminowym albo bezterminowym. Nazywamy ją w dalszej części warunków ubezpieczenia **umową dodatkową**.

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezwprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
5) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
6) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
7) suma ubezpieczenia	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, gdy zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe .
8) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
9) uposażony	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci.
10) uposażony zastępczy	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
11) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
12) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , polegające na śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT, WARIANTY I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**.
- Umowę dodatkową** możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów ubezpieczenia:

- terminowym, albo
- bezterminowym.

Wariant ubezpieczenia wybierasz na etapie składania wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.

- Jeśli w okresie ochrony dojdzie do śmierci **Ubezpieczonego**, wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia**, chyba że załączysz zastrzeżenie wyłączenia naszej odpowiedzialności, wskazane w § 3 tych warunków ubezpieczenia.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego** w okresie ochrony, która powstała wskutek:

- samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego**, które nastąpiło przed upływem 2 lat od daty zawarcia **umowy dodatkowej**,
- czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania **Ubezpieczonego** na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO

- Umowę dodatkową** możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

- Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
- Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
- Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
 - zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach,
 - odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego,
 - zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
- Możemy prosić o dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
- Możemy prosić, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
- Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej nam oferty, jesteśmy

zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany, które wprowadziliśmy na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu, **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polisy** lub aneksu do **polisy** następnego dnia po upływie terminu na złożenie sprzeciwu.

8. Jeżeli odmówimy Ci zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio od daty złożenia nam sprzeciwu.
9. Ochrona ubezpieczeniowa nie może rozpocząć się wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
10. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polisy**, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**.

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

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami:
 - a) w wariancie terminowym – na czas określony, nie krótszy niż 10 lat, nie dłuższy jednak niż do dnia **rocznicy polisy**, która bezpośrednio poprzedza ukończenie przez **Ubezpiezonego** 100 lat,
 - b) w wariancie bezterminowym – na czas nieokreślony.
2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z chwilą śmierci **Ubezpiezonego**,
 - b) z upływem okresu, na który została zawarta – jedynie w przypadku zawarcia **umowy dodatkowej** w wariancie terminowym,
 - c) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - d) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - e) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.
3. Jeżeli odstąpisz od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od wysokości **sumy ubezpieczenia**, wybranego wariantu ubezpieczenia, wieku **Ubezpiezonego**, okresu ubezpieczenia (w wariancie terminowym) oraz wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. W przypadku zawarcia **umowy dodatkowej**:
 - a) w wariancie terminowym – wysokość składki przez cały okres ubezpieczenia jest stała, chyba że zdecydujesz się na indeksację **sumy ubezpieczenia**, o której mowa w § 10 tych warunków ubezpieczenia. W wyniku tego składka podwyższy się. Kwota składki z tytułu **umowy dodatkowej** jest potwierdzona w **polisie** lub aneksie do **polisy**,
 - b) w wariancie bezterminowym – wysokość składki jest zmienna. Kwota składki w poszczególnych pięcioletnich okresach trwania **umowy dodatkowej** ustalana jest przez nas wspólnie z Tobą, przy zawarciu **umowy dodatkowej** oraz potwierdzana w **polisie** lub aneksie do **polisy**. Może ona ulec podwyższeniu, jeśli zdecydujesz się na indeksację **sumy ubezpieczenia**, o której mowa w § 10 tych warunków ubezpieczenia.

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu **sumy ubezpieczenia** o wskaźnik indeksacji. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**, o ile w tym dniu wiek **Ubezpiezonego** nie przekracza 71 lat.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **sumy ubezpieczenia** w umowach, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynie w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisowe, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywanej propozycji indeksacji lub oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.

§ 11. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

1. **Sumę ubezpieczenia** możesz zmienić w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpiezonego** oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku o podwyższenie **sumy ubezpieczenia** wiek **Ubezpiezonego** nie przekracza 71 lat.
3. Przed podwyższeniem **sumy ubezpieczenia** możemy prosić o to, by **Ubezpieczony**:
 - a) podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
 - b) poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** (jeżeli to nie on wystąpił z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do

ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.

2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
5. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 15. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** świadczenie wypłacimy **uposażonym** lub **uposażonym zastępczym** wskazanym przez **Ubezpieczonego**, a w razie ich braku lub utraty przez nich prawa do świadczenia – innym uprawnionym, o których mowa w **umowie głównej**.
2. Zasady dotyczące wskazywania **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych** oraz zasady dotyczące wyznaczania osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie braku **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych**, uregulowaliśmy w **umowie głównej**. Mają one zastosowanie również do **umowy dodatkowej**.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 16. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególności

skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 17. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko,

rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).

2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finance/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 39/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ŚMIERĆ WSKUTEK WYPADKU ALBO WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

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

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

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

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezwprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2% alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
5) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
6) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
7) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
8) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
9) suma ubezpieczenia	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, gdy zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe .
10) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
11) uposażony	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci.
12) uposażony zastępczy	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.

13) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
14) wypadek komunikacyjny	zdarzenie spełniające łącznie warunki wskazane w definicji wypadku , mające miejsce w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ jako: a) kierujący pojazdem w rozumieniu prawa o ruchu drogowym, hulajnogą elektryczną, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym, lub pasażerskim statkiem powietrznym, b) pasażer, c) rowerzysta, d) pieszy.
15) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
16) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , polegające na śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony wskutek wypadku albo wypadku komunikacyjnego , która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku albo wypadku komunikacyjnego .

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**.
2. Jeżeli wskutek **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego** dojdzie do śmierci **Ubezpieczonego** w okresie ochrony, która nastąpi przed upływem 12 miesięcy od daty **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego** wypłacimy świadczenie w wysokości:
a) 100% **sumy ubezpieczenia** – w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** wskutek **wypadku**, albo
b) 200% **sumy ubezpieczenia** – w przypadku śmierci **Ubezpieczonego** wskutek **wypadku komunikacyjnego**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:

- a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) **wypadku lotniczego**, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
- c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**,
- e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie sptywy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską,

- skatkowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy na teryny obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., pustyń, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarstwo morskie lub oceaniczne,
- uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,
 - zatrucia **Ubezpieczonego** substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego**,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego**,
 - zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku** albo **wypadku komunikacyjnego**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO

- Umowę dodatkową możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**, o ile **umowa główna** przewiduje taką możliwość.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

- Umowę dodatkową zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
- Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
- Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dotyczących do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:

- zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach,
 - odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego,
 - zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
- Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polis**y lub aneksu do **polis**y.
 - Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polis**y zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej nam oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany wprowadzone na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu, **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polis**y lub aneksu do **polis**y następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
 - Jeżeli odmówimy Ci zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio daty złożenia nam sprzeciwu.
 - Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zaptasz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
 - Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym złożyłeś nam wniosek o zawarcie **umowy dodatkowej**, z zastrzeżeniem ust. 7.
 - Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polis**ie lub aneksie do **polis**y.

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

- Umowę dodatkową zawierasz z nami na okres 5 lat. Jeżeli jednak do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu, który nie jest **rocznicą polis**y, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polis**y oraz przez 4 kolejne lata.
- Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu o kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
- Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - z dniem **rocznicy polis**y bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** 76 lat,
 - z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

- Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej**

lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.

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

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

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

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**, o ile w tej dacie wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 71 lat.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **sumy ubezpieczenia** w umowach, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynie do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisy, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji lub oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości.

§ 11. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

1. **Sumę ubezpieczenia** możesz zmienić w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpieczonego** oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku o podwyższenie **sumy ubezpieczenia**:
 - a) wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 71 lat, oraz
 - b) **Ubezpieczony** nie uległ **wypadkowi** albo **wypadkowi komunikacyjnemu**.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** została zawarta na cudzy rachunek, za wiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - informujemy o tym **Ubezpieczającego** (jeżeli to nie on wystąpił z tym zawiadomieniem), oraz
 - podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
- Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
- Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
- Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
- Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
- Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
- Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w umowie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 15. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA

- W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** świadczenie wypłacimy **uposażonym** lub **uposażonym zastępczym** wskazanym przez **Ubezpieczonego**, a w razie ich braku lub utraty przez nich prawa do świadczenia – innym uprawnionym, o których mowa w **umowie głównej**.
- Zasady dotyczące wskazywania **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych** oraz zasady dotyczące wyznaczania osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie braku **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych**, uregulowaliśmy w **umowie głównej**. Mają one zastosowanie również do **umowy dodatkowej**.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 16. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:

- a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
- Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
 - Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
 - Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyrażając na prośbę osoby, która ją złożyła.
 - Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 17. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

- Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
- W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz **my (Allianz)** jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
- W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
- Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo

polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.

4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 41/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – MIESIĘCZNA RENTA W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

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

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

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

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezwprawne i celowe działanie fizyczne skierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) dzień roboczy	każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
5) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
6) okres wypłaty renty	okres wyrażony w latach, przez jaki zobowiązujemy się wypłacać rentę , którego długość wskazana jest w polisie lub aneksie do polis y. Datą rozpoczęcia tego okresu jest dzień śmierci Ubezpieczonego . Wypłacając pierwszą rentę wypłacimy również renty za okres od dnia śmierci Ubezpieczonego do dnia podjęcia przez nas decyzji o wypłacie świadczenia.
7) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
8) renta	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie miesięczne, gdy zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe .
9) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
10) termin wypłaty renty	dzień każdego miesiąca w okresie wypłaty renty , odpowiadający dniowi wskazanemu w polisie lub aneksie do polis y, jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego. W przypadku gdy termin ten przypada w sobotę, niedzielę albo inny dzień ustawowo wolny od pracy wówczas wypłata renty następuje następnego dnia roboczego .
11) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
12) uposażony	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci.
13) uposażony zastępczy	osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci, jeżeli w chwili zainicjowania zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
14) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.

15) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , którym jest śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej .
-------------------------------	--

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego**.
- W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** nasza odpowiedzialność w zakresie **umowy dodatkowej** polega na wypłacie **renty** osobom uprawnionym, o których mowa w § 15, przez **okres wypłaty renty**, na zasadach określonych w § 15, chyba że zachodzą przesłanki wyłączające naszą odpowiedzialność, wskazane w § 3 tych warunków ubezpieczenia.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:

- czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy**, **aktach terroru** lub **zamieszkach**,
- samobójstwa **Ubezpieczonego** dokonanego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia **umowy dodatkowej**, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu pocytalności.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO

- Umowę dodatkową możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

- Umowę dodatkową zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
- Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
- Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:

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

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

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 5 lat. Jeżeli jednak do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu, który nie jest **rocznicą polis**y, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polis**y oraz przez 4 kolejne lata.
2. **Umowa dodatkowa** przedłuża się na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na jaki została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - c) z dniem **rocznicy polis**y bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** 76 lat,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - f) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - g) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu

zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformujemy Cię o prawie do odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** policzymy od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.

2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.
3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPowiedzenie UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

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

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **renty**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polis**y, o ile w tym dniu wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 71 lat.
3. Przed **rocznicą polis**y możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **renty** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **renty** w umowach, których **rocznica polis**y przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynęło w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisowe, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. W każdym momencie trwania **umowy głównej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.

8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz także złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości).
10. Po śmierci **Ubezpiezonego** renta nie podlega indeksacji.

§ 11. ZMIANA WYSOKOŚCI LUB OKRESU WYPŁATY RENTY

1. Możesz zmienić wysokości **renty** lub długość **okresu wypłaty renty** z tytułu **umowy dodatkowej** w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda Ubezpiezonego oraz nasza akceptacja. Zmiana wysokości **renty** lub długość **okresu wypłaty renty** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **renty** lub zmiany długości **okresu wypłaty renty** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku o podwyższenie **renty** lub zmianę długości **okresu wypłaty renty** – wiek **Ubezpiezonego** nie przekracza 71 lat.
3. Przed podwyższeniem **renty** lub zmiany długości **okresu wypłaty renty** możemy prosić o to, by **Ubezpieczony**:
 - a) podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
 - b) poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
4. Do zmiany wysokości **renty** lub **okresu wypłaty renty** nie może dojść po śmierci **Ubezpiezonego**.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZASADY WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpiezonego**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** (jeżeli to nie on wystąpił z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraża zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Początkiem realizacji świadczenia jest wypłata pierwszej **renty**. Pierwszą **rentę** wypłacimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**. Kolejne **renty** będą płatne w comiesięcznym terminie wypłaty **renty**.
5. Mamy prawo przesunąć termin spłaty pierwszej **renty**, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości pierwszej **renty**. W takiej sytuacji pierwszą **rentę** spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Wraz z wypłatą pierwszej **renty** wypłacimy również **renty** za okres od dnia śmierci **Ubezpiezonego** do dnia podjęcia przez nas decyzji o wypłacie świadczenia.
7. Bezsporną część pierwszej **renty** wraz z bezspornymi częściami **rent** należnych za okres od dnia śmierci **Ubezpiezonego** do dnia podjęcia przez nas decyzji o wypłacie świadczenia, jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
8. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 15. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** świadczenie wypłacimy **uposażonym** lub **uposażonym zastępczym** wskazanym przez **Ubezpieczonego**, a w razie ich braku lub utraty przez nich prawa do świadczenia – innym uprawnionym, o których mowa w **umowie głównej**.
2. Zasady dotyczące wskazywania **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych** oraz zasady dotyczące wyznaczania osób uprawnionych do otrzymania świadczenia w razie braku **uposażonych** lub **uposażonych zastępczych**, uregulowaliśmy w **umowie głównej**. Mają one zastosowanie również do **umowy dodatkowej**.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 16. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyrażając na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 17. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

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

Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finance/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 42/2021 i wchodzą w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOŚLAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – POWAŻNE ZACHOROWANIA

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3-4; § 13; § 14 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1; postanowienia oznaczone literą A w Załączniku nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1 oraz Załączniku nr 2 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3; § 11 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 1; postanowienia oznaczone literą B w Załączniku nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1 oraz Załączniku nr 2 do Warunków umowy dodatkowej – Poważne zachorowania – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2 z uwzględnieniem definicji z § 1

3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1, 2, 4-6 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe § 11 ust. 1 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe
---	---

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Do tych warunków ubezpieczenia dotaczyliśmy załączniki:

- załącznik nr 1 – Wykaz poważnych zachorowań cz. 1, oraz
- załącznik nr 2 – Wykaz poważnych zachorowań cz. 2.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

W tym rozdziale wyjaśniamy pojęcia, których używamy w tych warunkach ubezpieczenia, zawartej na ich podstawie umowie dodatkowej oraz w pismach i oświadczeniach składanych w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy dodatkowej. Dodatkowo, definicje poważnych zachorowań zawarliśmy w załącznikach do tych warunków ubezpieczenia.

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
5) karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie dodatkowej jest wyłączona, bądź ograniczona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki.
6) lekarz orzecznik	lekarz orzecznik działający przy organie emerytalno-rentowym w Polsce, właściwy do wydawania orzeczeń o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji. Jeżeli od orzeczenia lekarza orzecznika został wniesiony sprzeciw, albo organ emerytalno-rentowy podniósł zarzut wadliwości orzeczenia, wówczas pod pojęciem lekarza orzecznika rozumie się komisję lekarską działającą przy właściwym organie emerytalno-rentowym orzekającą w drugiej instancji o niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
7) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
8) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
9) miesiąc polisowy	okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej . Pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy , każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
10) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.

11) niezdolność do samodzielnej egzystencji	naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym konieczność stałej lub długotrwałej opieki i pomocy innej osoby w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych stwierdzone orzeczeniem lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, przez niezdolność do samodzielnej egzystencji rozumie się trwałą i bezpowrotną utratę zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego, za które uznaje się: a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/ na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika; b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej; c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej; d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby; e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie); f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
12) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
13) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
14) suma ubezpieczenia	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, gdy zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe .
15) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
16) trwały ubytek neurologiczny	zaburzenia neurologiczne, powstałe wskutek uszkodzenia poszczególnych struktur układu nerwowego, które powodują utrwalone ograniczenie sprawności organizmu potwierdzone w badaniu przedmiotowym i dokumentacji medycznej.
17) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
18) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
19) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.

20) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
21) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzone w dokumentacji medycznej, polegające na: 1) zdiagnozowaniu w okresie ochrony u Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem choroby lub przeprowadzeniu zabiegu, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia – w zależności od wariantu ubezpieczenia, którym został objęty Ubezpieczony nie będący Ubezpieczonym dzieckiem – w kolumnie „Standard” albo „Komfort”, albo 2) zdiagnozowaniu w okresie ochrony u Ubezpieczonego dziecka choroby lub przeprowadzeniu zabiegu, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Poważne zachorowanie”, lub 3) a) rozpoznaniu wczesnej postaci nowotworu, o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia w okresie ochrony u Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem, objętego ochroną w wariantcie „Komfort”, o ile rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą Ubezpieczonemu nie będącemu Ubezpieczonym dzieckiem świadczenia z tytułu zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu, lub b) przeprowadzeniu zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej, o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia w okresie ochrony u Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem, objętego ochroną w wariantcie „Komfort”, o ile przeprowadzenie tego zabiegu nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą świadczenia z tytułu pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu lub ostrego zawału serca, lub zabieg przezskórnej interwencji wieńcowej nie miał miejsca w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, podczas którego Ubezpieczony nie będący Ubezpieczonym dzieckiem poddał się zabiegowi pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu lub leczeniu ostrego zawału serca.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT, WARIANTY I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
- Umowę dodatkową** możesz zawrzeć w jednym z trzech wariantów ubezpieczenia:
 - wariant „Standard”, albo
 - wariant „Komfort”, albo
 - wariant „Poważne zachorowanie”.

W wariantach wskazanych pod lit. a) i b), ochroną ubezpieczeniową możesz objąć wyłącznie **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, zaś w wariantcie wskazanym pod lit. c) – wyłącznie **Ubezpieczone dziecko**. Warianty ubezpieczenia różnią się zakresem udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej – szczegółowo prezentujemy je w załączniku nr 1 i 2 do tych warunków ubezpieczenia.
- Świadczenie w wysokości 100% **sumy ubezpieczenia** wypłacimy:
 - Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem**, jeśli w okresie ochrony zostanie u niego zdiagnozowana choroba lub przeprowadzony zabieg, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Standard” albo „Komfort” – w zależności od wariantu ubezpieczenia, którym został objęty **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem**, albo

b) **Ubezpieczonemu dziecku**, jeśli w okresie ochrony zostanie u niego zdiagnozowana choroba lub przeprowadzony zabieg, spośród chorób lub zabiegów wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia w kolumnie „Poważne zachorowanie”.

- Wypłacimy świadczenie w wysokości 10% **sumy ubezpieczenia** **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem**, objętemu ochroną w ramach wariantu „Komfort”, w przypadku, gdy w okresie ochrony zostanie u niego:
 - rozpoznana wczesna postać nowotworu** (o której mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia), o ile **rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu** nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** świadczenia z tytułu zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym, lub takim samym umiejscowieniu,
 - przeprowadzony zabieg **przezskórnej interwencji wieńcowej** (o którym mowa w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia), o ile przeprowadzenie tego zabiegu nie było poprzedzone w okresie ochrony wypłatą **Ubezpieczonemu** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** świadczenia z tytułu **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub **ostrego zawału serca**, lub zabieg **przezskórnej interwencji wieńcowej** nie miał miejsca w trakcie tego samego pobytu w szpitalu, podczas którego **Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem** poddał się zabiegowi **pomostowania (by pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu** lub leczeniu **ostrego zawału serca**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje przypadków, które nie są objęte zakresem ubezpieczenia, wskazanych w lit. B poszczególnych definicji poważnych zachorowań zawartych w załączniku nr 1 i 2 do tych warunków ubezpieczenia.
- Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:
 - działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
 - popętnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**,
 - czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską, skatkowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., na pustynie, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarsstwo morskie lub oceaniczne,
 - uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowemu, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,

- i) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami statymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,
 - l) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.
3. Stosujemy **karencję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia w przypadku zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** w okresie 90 dni od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**, chyba że choroba lub zabieg były wynikiem **wypadku**.
 4. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowaną/rozpoznaną chorobę lub przeprowadzony zabieg, jeżeli **Ubezpieczony** zmarł w ich następstwie przed upływem 30 dni od zdiagnozowania/rozpoznania tej choroby lub przeprowadzenia tego zabiegu.
 5. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty 1 świadczenia za tę samą chorobę lub ten sam zabieg, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
 6. Nie wypłacimy świadczenia za kolejny **zaawansowany nowotwór** o takim samym pochodzeniu tkankowym lub narządowym lub takim samym umiejscowieniu, jak ten, za który wcześniej wypłaciliśmy świadczenie.
 7. Nie wypłacimy świadczenia za zdiagnozowanie choroby lub przeprowadzenie zabiegu, które – zgodnie z wiedzą medyczną – wynika bezpośrednio z choroby lub zabiegu, za które wypłaciliśmy świadczenie z **umowy dodatkowej**, o którym mowa w § 2 ust. 3 lit a) tych warunków ubezpieczenia.
 8. W zakresie świadczenia za **rozpoznanie u Ubezpieczonego wczesnej postaci nowotworu**, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych w załączniku nr 2 do tych warunków ubezpieczenia (pkt 2 lit A).

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

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

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

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu nie będącym **rocznicą polis**y, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polis**y oraz przez 4 kolejne lata, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - c) z dniem **rocznicy polis**y bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 66 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem **rocznicy polis**y bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,

- d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
- e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
- f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** ochroną objęte jest **Ubezpieczone dziecko**,
- g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
- a) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

- Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
- Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o jej zawarciu lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.
- Jeżeli odstąpisz od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

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

§ 10. INDEKSACJA

- Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przysługującego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka.
- O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**.

- Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
- Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik zastosujemy do indeksacji **sumy ubezpieczenia** z umów, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
- Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
- Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynie do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
- Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisowe, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
- W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji lub oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
- Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości).

§ 11. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

- Możesz zmienić **sumę ubezpieczenia** w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpieczonego** oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
- Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku o podwyższenie **sumy ubezpieczenia** wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 65 lat.
- Przed podwyższeniem **sumy ubezpieczenia** możemy prosić o to, by **Ubezpieczony**:
 - podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
 - poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
- Jeśli w trakcie trwania **umowy dodatkowej** zdecydujesz się podwyższyć wysokość **sumy ubezpieczenia**, to zastosujemy **karencję**. **Karencja** polega na tym, że wypłacimy niepodwyższone świadczenie w przypadku zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** w okresie 90 dni od daty podwyższenia **sumy ubezpieczenia**.
- Nie stosujemy **karencji** w przypadku **zdarzeń ubezpieczeniowych** będących wynikiem **wypadku**.

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

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

- a) przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na żądanie **Ubezpieczonego**, prześlemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
5. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.

8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji informujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie, aby rozpatrzyć sprawę oraz określiliśmy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 16. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 17. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na oddległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.

5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 43/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ CZ. 1

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
1.	Amputacja kończyn z powodu choroby A. Przeprowadzenie operacji amputacji co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: a) powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych, b) powyżej stawu skokowego – w zakresie kończyn dolnych.		X	
2.	Anemia aplastyczna po przeprowadzeniu leczenia A. Choroba spowodowana niewydolnością szpiku kostnego, której rezultatem jest pancytopenia, czyli wystąpienie łącznie: anemii, neutropenii i trombocytopenii (obniżenia ilości wszystkich linii komórek krwi – erytrocytów, leukocytów i trombocytów). Wymagane jest potwierdzenie pancytopenii w badaniach laboratoryjnych, przedstawienie wyniku trepanobiopsji wykazującej aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia jedną z następujących metod: a) regularne transfuzje krwi i/lub preparatów krwiopochodnych, b) przeszczep szpiku kostnego, c) leczenie immunosupresyjne, d) leczenie stymulujące odnowę szpiku kostnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: ustępującej bez leczenia anemii aplastycznej, anemii polekowej, odwracalnej aplazji szpiku, przejściowej niewydolności szpiku, aplazji szpiku wskutek zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	X	X	
3.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana проникnięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia szpitalnego i prowadząca do wystąpienia trwałego ubytku neurologicznego . Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o wynik badania płynu mózgowo-rdzeniowego wskazujący na bakteryjny charakter zapalenia opon.		X	X
4.	Bakteryjne zapalenie wsierdza A. Choroba przebiegająca z objawami infekcyjnego zapalenia wsierdza (IZW), która wystąpiła u osoby z własnymi zastawkami serca i bez ciat obcych w układzie sercowo-naczyniowym. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej przez lekarza specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – wystąpienia choroby u osoby z implantowaną sztuczną zastawką serca, – wystąpienia choroby jako powikłania szpitalnego.		X	X
5.	Borelioza wymagająca leczenia szpitalnego A. Choroba rozpoznana jako borelioza (kod choroby A.69.2 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD10) skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, pod warunkiem, że jej pierwsze rozpoznanie potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego miało miejsce w okresie ochrony.		X	
6.	Całkowita, nieodwracalna utrata mowy A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), która nastąpiła wskutek resekcji narządu mowy, przewlekłej choroby krtani lub uszkodzenia ośrodka mowy w mózgu, niemożliwa do skorygowania, również częściowo, przez zastosowanie jakichkolwiek procedur terapeutycznych. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa lub neurologa.	X	X	X
7.	Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu A. Całkowita, nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.	X	X	X
8.	Całkowita, nieodwracalna utrata wzroku A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza okulistę.	X	X	X
9.	Choroba Alzheimera z niezdolnością do samodzielnego funkcjonowania A. Przewlekła i postępująca, degeneracyjna choroba ośrodkowego układu nerwowego, w przebiegu której dochodzi do wystąpienia nieodwracalnych zaburzeń pamięci, funkcji poznawczych, osobowości i zachowania, oraz zmiany nastroju, a w efekcie do niezdolności do samodzielnego funkcjonowania. Rozpoznanie choroby i niezdolność do samodzielnego funkcjonowania powinny być postawione przez lekarza neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.		X	
10.	Choroba Parkinsona skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Samoistna postępująca choroba zwyrodnieniowa ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zaniku komórek produkujących dopaminę, charakteryzująca się występowaniem: spowolnienia ruchowego, sztywności mięśniowej, drżenia spoczynkowego, lub niestabilności postawy i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).	X	X	
11.	Choroba Creutzfeldta-Jakoba skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie petnoobjawowej choroby powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa.	X	X	

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
12.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu wymagająca operacji A. Przewlekłe, nieswoiste zapalenie przewodu pokarmowego przebiegające z okresami zaostrzeń i remisji, które charakteryzuje się występowaniem odcinkowych zmian zapalnych głównie w obrębie jelita, obejmujących całą grubość jego ściany. Zmiany zapalne występuwać mogą we wszystkich odcinkach przewodu pokarmowego – od jamy ustnej aż do odbytnicy. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu, wymagające operacji z powodu wystąpienia jednej z następujących przyczyn: niedrożności przewodu pokarmowego, masywnego krwawienia, perforacji jelita, przetoki, ropni, stwierdzenia lub podejrzenia procesu nowotworowego, wyniszczenia organizmu. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów wyłączonej plastyki zwężeń.		X	
13.	Choroba neuronu ruchowego A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych: a) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA), b) postępującego zaniku mięśni (PMA), c) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS), d) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).		X	
14.	Leczenie by-passem choroby tętnic obwodowych A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby naczyń obwodowych, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic obwodowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych.		X	
15.	Ciężki paraliż dwóch lub więcej kończyn A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza neurologa lub ocenione przez lekarza uprawnionego.		X	X
16.	Cukrzyca typu I insulinozależna A. Cukrzyca insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, która wymaga leczenia insuliny w sposób ciągły przez okres co najmniej trzech miesięcy (przy czym upływ 3 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza diabetologa.			X
17.	Cukrzyca typu I insulinozależna o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna o ciężkim przebiegu, w której dochodzi do bezwzględnego niedoboru insuliny na skutek uszkodzenia komórek beta wysp Langerhansa trzustki, z obecnością markerów procesu autoimmunologicznego, takich jak – przeciwciała przeciwwyspowe, przeciwinulinowe lub przeciw dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-GAD), doprowadzająca do poważnych zaburzeń metabolicznych w postaci kwasicy ketonowej i/lub śpiączki ketonowej w okresie późniejszym niż przy pierwszej manifestacji klinicznej. Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Z zakresu ochrony wyłączona jest kwasica ketonowa lub śpiączka ketonowa jako pierwszy objaw choroby u osoby bez ustalonego rozpoznania cukrzycy.		X	
18.	Dystrofia mięśniowa: Duchenne’a, Becker’a, obręczowo-kończynowa A. Dziedziczna choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym objawiająca się osłabieniem mięśni wskutek ich degeneracji, zaniku, atrofii prowadzących do trwałych zaburzeń ich funkcji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza neurologa i potwierdzone wynikiem biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG).		X	X
19.	Głęboka śpiączka A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, który rozpoczął się w okresie ochrony, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe, doprowadzający do trwałego ubytku neurologicznego ; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania trwałego ubytku neurologicznego . Rozpoznanie powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego, zawierającej ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – śpiączki powstałej wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.	X	X	X
20.	Głębokie oparzenia skóry w wyniku wypadku A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia szpitalnego. Zakres ochrony obejmuje: a) oparzenia ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie, b) oparzenia ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (reguła dziewiątek lub tablica Lunda i Browdera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. B. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.	X	X	X

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
21.	Gorączka denga o ciężkim przebiegu A. Infekcyjna choroba tropikalna wywoływana przez wirus dengi, której objawy obejmują: gorączkę, bóle głowy, mięśni i stawów oraz charakterystyczną wysypkę, i która może prowadzić do groźnych krwotoków, hipowolemii i wstrząsu. Rozpoznanie choroby musi zostać potwierdzone wynikiem badania mikrobiologicznego – izolacją wirusa z hodowli komórkowej, lub wykryciem kwasów nukleinowych wirusa metodą PCR, lub wykryciem antygenów wirusa, lub obecnością swoistych przeciwciał w klasie IgM. Ochroną objęta jest choroba wymagająca leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu określonym jako występowanie co najmniej jednego z wymienionych: – wstrząsu hipowolemicznego, – akumulacji płynu z niewydolnością oddechową, – poważnego krwotoku, – niewydolności narządowej, do której należą: ostra niewydolność wątroby, ostra niewydolność nerek, encefalopatia lub kardiomiopatia.		X	
22.	Gruźlica A. Wystąpienie choroby zakaźnej w postaci płucnej lub poza płucnej spowodowanej prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>). Rozpoznanie choroby w okresie ochrony, musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego lub histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłucnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje wystąpienia gruźlicy ze współistniejącą infekcją HIV.		X	
23.	Kardiomiopatia A. Choroba mięśnia sercowego prowadząca do trwałej utraty zdolności do wysiłku ocenionej co najmniej jako III klasa wg NYHA (New York Heart Association). Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.		X	
24.	Łagodny guz mózgu wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie tkanki mózgu lub opon (z wyłączeniem rdzenia przedłużonego), potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia.	X	X	X
25.	Łagodny guz rdzenia wymagający operacji neurochirurgicznej albo powodujący trwały ubytek neurologiczny A. Niezłśliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrzrdzeniowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia operacji neurochirurgicznej, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgow, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.		X	X
26.	Malaria o ciężkim przebiegu A. Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywoływana przez wewnątrzkomórkowego pierwotniaka z gatunku zarodźców (<i>Plasmodium</i>) objawiająca się dreszczami i wysoką gorączką oraz towarzyszącymi dolegliwościami, do których należą: bóle głowy, mięśni, nudności, wymioty, biegunka, duszność, zaburzenia neurologiczne. Rozpoznanie postawione na podstawie objawów klinicznych musi być potwierdzone wynikiem jednego z poniższych badań wskazujących na: – obecność zarodźców malarii w rozmazach krwi (technika Giemzy), – obecność kwasów nukleinowych <i>Plasmodium</i> spp. we krwi (m.in. techniką PCR, NAT, reakcją NASBA, LAMP), – obecność antygenu <i>Plasmodium</i> spp. (test immunologiczny RDTs). Zakres ochrony obejmuje przypadki wymagające leczenia szpitalnego, o ciężkim przebiegu manifestującym się pod jedną z niżej wymienionych postaci: ostrej niewydolności nerek, kwasicy z objawami ciężkiej niewydolności oddechowej, zaburzeń świadomości lub śpiączki w przebiegu niedotlenienia ośrodkowego układu nerwowego lub mózgowej postaci malarii, obrzęku płuc, wstrząsu, hipoglikemii, ciężkiej niedokrwistości, skazy krwotocznej, żółtaczki, hyperparazytemii, niewydolności wielonarządowej.		X	

		Warianty ubezpieczenia:		
WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
27.	Nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: nowotworów „in situ”, nowotworów współistniejących z infekcją HIV, nowotworów skóry (z wyjątkiem czerniaka złośliwego w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM).			X
28.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu o etiologii wirusowej, do powstania której doszło wskutek zakażenia przenoszonego przez kleszcza, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego, oraz wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		X	X
29.	Operacja usunięcia ropnia mózgu A. Przeprowadzenie operacji usunięcia zmiany w mózgu, potwierdzonej rozpoznaniem histopatologicznym jako ropień mózgu.		X	
30.	Operacja wymiany zastawki na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegającej na wymianie jednej lub więcej zastawek serca. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie operację wszczepiania sztucznych zastawek serca. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, wymianie zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki).	X	X	X
31.	Ostra niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miększu wątroby, które rozpoczęły się w okresie ochrony, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia u osoby bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Zakres ochrony obejmuje przypadki spełniające łącznie wszystkie poniższe kryteria: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca przed zdiagnozowaniem ostrej niewydolności nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR$\geq$1,5. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.	X	X	
32.	Ostry zawał serca A. Martwica części mięśnia sercowego wywołana jego niedokrwieniem, ze współistniejącym i udokumentowanym wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego we krwi (troponiny sercowej cTn) z przynajmniej jedną wartością przekraczającą 99 centyl górnej granicy wartości referencyjnych, ze współistnieniem co najmniej jednego z wymienionych niżej klinicznych dowodów na niedokrwienie mięśnia sercowego: a) objawy kliniczne niedokrwienia serca, b) nowe niedokrwienne zmiany w elektrokardiogramie, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) nowy ubytek żyłotnego mięśnia sercowego lub nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości uwidocznione w badaniach obrazowych, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidocznionej badaniem angiograficznym. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – przypadków, w których brak wskazania do pilnego leczenia szpitalnego.	X	X	
33.	Otwarta operacja aorty brzusznej lub piersiowej A. Przeprowadzenie operacji aorty w odcinku piersiowym lub brzusznej, w celu leczenia zagrażającej życiu choroby naczyniowej: tętniaka, zwężenia, rozwarstwienia aorty, w tym: a) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu zastąpienia przeszczepem naczyniowym (protezą naczyniową) tętniakowato zmienionej aorty w odcinku piersiowym lub brzusznej do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym lub brzusznej do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łata z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów operacyjnych w obrębie odgałęzień aorty, – zabiegów operacyjnych polegających na naprawie naczynia lub wprowadzeniu stentu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej.	X	X	X
34.	Pierwotne nadciśnienie płucne A. Choroba przebiegająca ze skurczem naczyń w krążeniu płucnym, prowadzącym do podwyższenia ciśnienia krwi w krążeniu płucnym oraz skłonnością do nadmiernego wykrzepiania krwi, objawiająca się klinicznie niewydolnością serca i skutkująca trwałą utratą zdolności do wysiłku co najmniej III stopnia wg Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego od jakiegokolwiek innej przyczyny.		X	

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
35.	Pomostowanie (by-pass) tętnic wieńcowych na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagającej otwarcia klatki piersiowej, polegającej na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przeptywów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. B. Zakres ochrony nie obejmuje przezskórnej interwencji wieńcowej .	X	X	
36.	Posocznica (sepsa) o ciężkim przebiegu A. Zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej (SIRS) powstały wskutek zakażenia wywołanego obecnością drobnoustrojów lub ich toksyn we krwi krążącej, objawiający się niewydolnością lub głęboką dysfunkcją narządów. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie posocznice o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagającą leczenia szpitalnego.		X	X
37.	Postępujące porażenie nadjędrowe skutkujące niezdolnością do samodzielnej egzystencji A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glezozą (przerostem, rozrostem tkanki glejowej) i zwyrodnieniem komórek mózgowia, objawiająca się klinicznie: sztywnością mięśniową, spowolnieniem ruchowym, zaburzeniami ruchomości gałek ocznych, zespołem psychoorganicznym o charakterze demencji, ze spowolnieniem intelektualnym, zaburzeniami płynności mowy lub trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niezdolnością do samodzielnej egzystencji . Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa.		X	
38.	Powiktłana postać schistosomatozy (bilharzioza) A. Przewlekła choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju <i>Schistosoma</i> . Rozpoznanie potwierdzone wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego lub histopatologicznego. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki powiktłanych postaci choroby, w których dochodzi do włóknienia płuc i rozwoju serca płucnego lub do zajęcia ośrodkowego układu nerwowego skutkującego wystąpieniem porażenia, które wymagają leczenia szpitalnego.		X	
39.	Przeszczep serca, wątroby, trzustki, płuca, szpiku kostnego A. Dokonanie lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego do przeszczepu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby (również jej części), trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca lub szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na liście osób oczekujących na przeszczep, prowadzonej w państwie, w którym Ubezpieczony oczekuje na przeszczep (przez uprawnionego do tego organ, na podstawie obowiązujących przepisów prawa), powinno być potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.	X	X	X
40.	Przeszczep tętnicy płucnej na otwartym sercu A. Przeprowadzenie operacji na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.		X	
41.	Przewlekła niewydolność oddechowa A. Potwierdzona przez lekarza pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj. >15 h/ dobę przez minimum 6 miesięcy (przy czym upływ 6 miesięcy nie musi nastąpić w okresie ochrony), b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – astmy, – mukowiscydozy, – przewlekłej niewydolności serca, – przewlekłej zatorowości płucnej, – wad serca i dużych naczyń, – chorób układu nerwowego, – nowotworów, – zmian anatomicznych i pourazowych, – zespołu ostrej niewydolności oddechowej z każdej przyczyny.		X	
42.	Przewlekła niewydolność nerek A. Przewlekła niewydolność nerek, która rozpoczęła się w okresie ochrony, spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodka kwalifikującego do przeszczepów.	X	X	X
43.	Schyłkowa niewydolność wątroby A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miększu wątroby spowodowanej marskością, będące wyrazem ciężkich zaburzeń czynności wątroby i jej niezdolności do spełniania prawidłowych funkcji metabolicznych oraz syntezy białek. Objawy, których łączne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) utrwalona żółtaczka, b) wodobrzusze, c) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.		X	X

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
44.	Stwardnienie rozsiane skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozszanych ognisk demielinizacji w mózgu, rdzeniu kręgowym, przebiegająca z okresami zaostrzeń i poprawy lub postępująco, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym , której pierwszy rzut (epizod typowy dla „ostrej zmiany demielinizacyjnej” ośrodkowego układu nerwowego) miał miejsce w okresie ochrony. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badania metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz, jeżeli było wykonane, na podstawie badania płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania potencjałów wywołanych.	X	X	X
45.	Tężec o ciężkim przebiegu A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej, mózgowej.		X	
46.	Toczeń rumieniowaty układowy o ciężkim przebiegu A. Choroba autoimmunologiczna, doprowadzająca do procesu zapalnego i w konsekwencji do uszkodzenia wielu tkanek i narządów, najczęściej obejmującego skórę, nerki, stawy, układ krwiotwórczy i nerwowy, przebiegająca postępująco, z okresami zaostrzeń i remisji, a w rozumieniu tej definicji doprowadzająca do utrwalonej niewydolności nerek lub skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym . Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa i potwierdzone zmianami w nerkach skutkującymi utrzymującą się proteinurią (białkomocz) lub hematurią (krwiomocz) i statym utrzymywaniem się współczynnika przesączania kłębuszkowego (GFR) na poziomie poniżej 30 ml/minutę lub występowaniem trwałego ubytku neurologicznego . B. Zakres ochrony nie obejmuje: – tocznia polekowego, – innych form choroby bez towarzyszącej nefropatii lub trwałego ubytku neurologicznego .		X	
47.	Twardzina układowa (sklerodermia) o ciężkim przebiegu A. Przewlekła autoimmunologiczna choroba tkanki łącznej, powodująca wzmożone napięcie i stwardnienie skóry (zmiany w układzie naczyniowym, kostnym, mięśniowym oraz narządach wewnętrznych) oraz uszkodzenie narządów wewnętrznych, w tym płuc i serca. Zakres ochrony obejmuje wystąpienie twardziny układowej uogólnionej, z rozległymi zmianami skórnymi i zajęciem procesem chorobowym płuc, serca lub nerek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone przez lekarza reumatologa lub dermatologa i potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – twardziny układowej ograniczonej, miejscowej (akrosklerodermia, morphea), w tym zespołu CREST, – zespołów twardzinopodobnych w przebiegu chorób metabolicznych, eozynofilowego zapalenia powięzi, obrzęku stwardniałego, keloidu.		X	
48.	Udar mózgu skutkujący trwałym ubytkiem neurologicznym A. Nagłe uszkodzenie mózgu pochodzenia naczyniowego na skutek jego ogniskowego niedokrwienia – wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego, w tym krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego, skutkujące trwałym ubytkiem neurologicznym . Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). B. Zakres ochrony nie obejmuje: – napadu przejściowego (do 24 h) niedokrwienia centralnego układu nerwowego, – udaru niepozostawiającego trwałego ubytku neurologicznego w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.	X	X	
49.	Usunięcie płuca (pneumonektomia) A. Przeprowadzenie operacji w celu całkowitego usunięcia jednego płuca z powodu choroby lub urazu Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem . Wskazanie do operacji powinno być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje operacji niecałkowitego usunięcia płuca (lobektomia, klinowa resekcja, nacięcie).		X	
50.	Wrzodzące zapalenie jelita grubego wymagające całkowitej kolektomii A. Przewlekłe nieswoiste zapalenie jelita prowadzące do zniszczenia jego błony śluzowej, występujące w obrębie jelita grubego, przebiegające w postaci ostrych rzutów przedzielonych okresami remisji. Rozpoznanie powinno zostać postawione na podstawie wyników badań endoskopowych i potwierdzone przez patomorfologa oceną mikroskopową wycinka pobranego z zajętego procesem zapalnym jelita. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie przypadki o ciężkim przebiegu wymagające usunięcia całego jelita grubego (całkowitej kolektomii, proktokolektomii).		X	
51.	Wścieklizna o ciężkim przebiegu A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez wirusa wścieklizny (rabies virus RABV) przebiegająca pod postacią ostrego zapalenia mózgu i rdzenia, i wymagająca leczenia szpitalnego. Warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie zakażenia w okresie ochrony potwierdzonego w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.		X	X

Warianty ubezpieczenia:				
		Standard	Komfort	Poważne zachowanie
WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 1				
52.	Zaawansowany nowotwór A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypadła po wygaśnięciu okresu ochrony. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – śródnaabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1,2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowego mikro-raka tarczycy, – raka pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM, – raka gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6), – nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM, – nowotworów współistniejących z infekcją HIV.	X	X	
53.	Zapalenie mózgu z trwałym ubytkiem neurologicznym A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia szpitalnego, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.		X	X
54.	Zakażenie wirusem HIV w wyniku transfuzji A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilie, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Polski zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki przeprowadzenia transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia w okresie ochrony i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.	X	X	X
55.	Zatorowość płucna wymagająca leczenia szpitalnego A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniami napływu krwi do miąższu płuca, wymagające leczenia szpitalnego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc lub spiralną tomografią komputerową klatki piersiowej, lub łącznie: badaniami diagnostycznymi (ECHO serca, EKG), laboratoryjnymi (gazometria) i typowym zespołem objawów klinicznych potwierdzonych przez lekarza prowadzącego i opisanych w dokumentacji medycznej leczenia szpitalnego.		X	

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ CZ. 2

WYKAZ POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – CZ. 2		Warianty ubezpieczenia:		
		Standard	Komfort	Poważne zachorowanie
1.	Przełskórna interwencja wieńcowa A. Ochroną objęte jest pierwszy zabieg wewnątrznaczyniowy w okresie ochrony, przeprowadzony w celu korekcji minimum 50% zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych. Przeprowadzenie zabiegu oraz rozległość zwężenia lub niedrożności tętnic wieńcowych powinny być potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia specjalistycznego oraz w koronarografii.		X	
2.	Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu A. Ochroną objęte jest rozpoznanie u Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem następujących wczesnych postaci nowotworu: 1) nowotwór in situ jamy ustnej, przełyku i żołądka – zgodnie z kategorią D00 klasyfikacji ICD – 10; 2) nowotwór in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego – zgodnie z kategorią D01 klasyfikacji ICD – 10; 3) nowotwór in situ ucha środkowego i układu oddechowego – zgodnie z kategorią D02 klasyfikacji ICD – 10; 4) czerniak in situ – zgodnie z kategorią D03 klasyfikacji ICD – 10; 5) nowotwór in situ skóry – zgodnie z kategorią D04 klasyfikacji ICD – 10; 6) nowotwór in situ piersi – zgodnie z kategorią D05 klasyfikacji ICD – 10; 7) nowotwór in situ szyjki macicy – zgodnie z kategorią D06 klasyfikacji ICD – 10; 8) nowotwór in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych – zgodnie z kategorią D07 klasyfikacji ICD – 10; 9) nowotwór in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu – zgodnie z kategorią D09 klasyfikacji ICD – 10; 10) guz jajnika o niskim potencjale złośliwym, granicznej złośliwości; 11) zespół mielodysplastyczny – zgodnie z kategorią D46 klasyfikacji ICD – 10; 12) nowotwór mieloproliferacyjny; 13) brodawkowaty mikro-rak tarczycy; 14) rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM; 15) rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6). Rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień rozpoznania wczesnej postaci nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego lub innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa. Zakres ochrony obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wczesnej postaci nowotworu będzie późniejsza. B. Zakres ochrony nie obejmuje rozpoznania u Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem wczesnej postaci nowotworu, jeżeli było ono skutkiem zakażenia się przez niego wirusem HIV. Odpowiedzialność Allianz ograniczona jest do wypłaty jednego świadczenia z każdej z 15 kategorii nowotworów wskazanych powyżej w lit. A.		X	

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – OPIEKA MEDYCZNA BEZ GRANIC

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 2 pkt 2, pkt 6, pkt 9, pkt 11, pkt 15, pkt 17, pkt 18, pkt 19, pkt 20, pkt 22, pkt 24, pkt 25, pkt 26, pkt 27, pkt 31, pkt 32, pkt 33, pkt 34, pkt 35, pkt 39, pkt 40, pkt 41, pkt 42, pkt 43 – § 3 ust. 1, ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7 pkt 1, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6 – § 9 – § 10
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 2 pkt 2, pkt 6, pkt 8, pkt 9, pkt 11, pkt 15, pkt 17, pkt 18, pkt 19, pkt 20, pkt 22, pkt 24, pkt 25, pkt 30, pkt 31, pkt 39, pkt 40, pkt 41, pkt 42, pkt 43 – § 3 ust. 2, ust. 3, ust. 4, ust. 5, ust. 6, ust. 7 pkt 1, pkt 2, pkt 3, pkt 4, pkt 5, pkt 6 – § 4 – § 5 – § 9 ust. 2, ust. 3, ust. 5 – § 10 ust. 1, ust. 3 – § 11 ust. 2

W takich ramach, jak ta, zamieszczamy przydatne komentarze, które ułatwią Ci zrozumienie tekstu warunków umowy dodatkowej. Te treści nie zastępują pełnego tekstu warunków ubezpieczenia – to po prostu dodatkowe wyjaśnienie dla Ciebie jako naszego Klienta.

Umowa dodatkowa Opieka medyczna bez granic zapewnia, w przypadku wskazanych w tych warunkach Poważnych stanów chorobowych, dostęp do specjalistów, Lekarzy konsultantów, którzy prowadzą praktykę poza Polską. Dzięki niej koszty leczenia w zagranicznych Szpitalach przestają być przeszkodą.

§ 1. CZEGO DOTYCZY TEN DOKUMENT?

1. Te warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach dodatkowych zawieranych z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną (zwaną dalej: „Allianz”) jako umowy dodatkowe do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie lub na życie i dożycie (zwanymi dalej: „**umowami głównymi**”).
2. Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej Opieka medyczna bez granic (zwanej dalej: „**umową dodatkową**”), gdy umowa ta została zawarta na podstawie tych warunków ubezpieczenia. Zostanie to potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.
3. Umowa dodatkowa może zostać zawarta na rachunek Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego dziecka objętego ochroną z tytułu umowy głównej.
4. W sprawach nieuregulowanych tymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy głównej (zwane dalej: „**OWU**”).

§ 2. JAKIE SĄ DEFINICJE POJĘĆ STOSOWANYCH W UMOWIE DODATKOWEJ?



Zapoznaj się z tym paragrafem. Wyjaśniamy tu pojęcia używane w tych warunkach ubezpieczenia. Jeśli definiujemy jakieś pojęcie, zawsze używając go w warunkach ubezpieczenia, rozumiemy je zgodnie z tym, co opisaliśmy w tym paragrafie.

Terminom używanym w tych warunkach nadaje się znaczenie przyjęte w OWU z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

- 1) **Centrum Obsługi Klienta** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem infolinii +48 224 224 224, czynne przez całą dobę, za pośrednictwem którego Allianz przyjmuje zgłoszenia roszczeń oraz obsługuje świadczenia z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) **Certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana w imieniu Allianz, na pokrycie kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego we wskazanym Szpitalu poza granicami Polski, który został wybrany przez Ubezpieczonego spośród wskazanych Szpitali.
- 3) **Chirurgia rekonstrukcyjna** – procedury chirurgiczne mające na celu odbudowę struktury narządu lub tkanki umożliwiające korektę utraconych przez nie funkcji.
- 4) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobiera się komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu.
- 5) **Further** – Further Underwriting International S.L.U., z siedzibą w Hiszpanii (adres: Calle Paseo Recoletos 12, 28001 Madryt), będący podmiotem prawa hiszpańskiego, któremu Allianz powierza proces organizacji usług medycznych w ramach:
 - świadczenia **Opinia lekarska za granicą**: opinia medyczna w razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowej. Polega ona na dostarczeniu Raportu eksperta po zebraniu i szczegółowym zapoznaniu się z dokumentacją medyczną Ubezpieczonego przez Lekarza konsultanta.
 - świadczenia **Opieka medyczna za granicą**: świadczenie, w ramach którego Allianz za pośrednictwem Further, w razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, zapewnia organizację oraz realizację usług i świadczeń objętych ubezpieczeniem, w tym nadzór nad organizacją procesu leczenia Ubezpieczonego za granicą oraz pomoc w zorganizowaniu podróży i zakwaterowania dla Ubezpieczonego i osób towarzyszących.
- 6) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu poza granicami Polski, związany z realizacją świadczeń objętych ochroną w ramach umowy dodatkowej Niezbędnych z medycznego punktu widzenia, trwający dłużej niż jeden dzień. W rozumieniu tych warunków dzień Hospitalizacji oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał

w Szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt.

- 7) **Inżynieria tkankowa** – terapia z wykorzystaniem komórek lub tkanek zmodyfikowanych tak, aby mogły być wykorzystywane w narpawie, regeneracji lub w formie zamiennika do tkanek ludzkich.
- 8) **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz z tytułu zajścia Poważnych stanów chorobowych na podstawie umowy dodatkowej, przez okres w niej wskazany.
- 9) **Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą** – świadczenie obejmujące kontrolę stanu zdrowia Ubezpieczonego po powrocie do Polski z Leczenia za granicą, zaplanowaną przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą. Świadczenie to obejmuje badania diagnostyczne, kontrolne i przesiewowe (profilaktyczne) oraz związane z nimi konsultacje medyczne, przeprowadzone w rekomendowanych Szpitalach lub Placówkach medycznych w Polsce lub za granicą; celem Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą jest ustalenie, czy Ubezpieczony może w przyszłości cierpieć na Poważny stan chorobowy, który był przedmiotem Leczenia za granicą oraz zapobieganie ponownemu wystąpieniu tego Poważnego stanu chorobowego lub jego nawrotowi.
- 10) **Leczenie eksperymentalne** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkt leczniczy, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały udowodnione naukowo i medycznie lub są w trakcie badań lub testów.
- 11) **Leczenie za granicą** – Niezbędne z medycznego punktu widzenia leczenie poza granicami Polski w czasie trwania Okresu świadczenia usług zorganizowane i opłacone przez Allianz w ramach umowy dodatkowej.
- 12) **Lekarz** – osoba posiadająca formalnie potwierdzone kwalifikacje lekarza zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonującą zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
- 13) **Lekarz kardiolog** – lekarz specjalista zajmujący się profilaktyką, rozpoznaniem i leczeniem chorób serca i układu naczyniowego.
- 14) **Lekarz konsultant** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, praktykująca poza granicami Polski, które to uprawnienia obejmują leczenie Poważnego stanu chorobowego.
- 15) **Lek** – każda substancja lub połączenie substancji, które mogą być stosowane lub podawane Ubezpieczonemu w celu przywrócenia, poprawienia lub modyfikacji fizjologicznych funkcji organizmu poprzez działanie farmakologiczne, immunologiczne lub metaboliczne, lub w celu postawienia diagnozy, możliwe do uzyskania wyłączenia na receptę wystawioną przez Lekarza. Za Lek uznawany jest także lek generyczny, tzn. będący zamiennikiem leku oryginalnego, zawierający te same co lek oryginalny składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
- 16) **Medycyna alternatywna (niekonwencjonalna)** – metoda leczenia, praktyka, procedura lub produkty aktualnie nie uznawane w medycynie konwencjonalnej i nie mieszczące się w pojęciu standardowych metod leczenia, należą do nich: akupunktura, aromaterapia, medycyna chiropraktyczna, medycyna homeopatyczna, medycyna naturopatyczna, ajurweda, tradycyjna medycyna chińska i medycyna osteopatyczna.
- 17) **Niezbędne z medycznego punktu widzenia** – świadczenia i usługi, które są:
 - a) zalecone Ubezpieczonemu w celu leczenia zdefiniowanego Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej i mające na celu poprawę zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) uznane za skuteczne, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, w prowadzeniu terapii zdefiniowanego Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej i prowadzone według schematów zgodnych co do metody, częstotliwości i czasu trwania, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną (w szczególności z wytycznymi organizacji NCCN – National Comprehensive Cancer Network w zakresie leczenia Nowotworu),
 - c) efektywne kosztowo w porównaniu do alternatywnych (innych) metod leczenia o podobnym efekcie,
 - d) wymagane z powodów innych niż tylko komfort Ubezpieczonego lub jego Lekarza prowadzącego.Sytuacja, w której Lekarz zaleca, przepisuje, rekomenduje lub akceptuje dane świadczenie lub usługę medyczną nie oznacza, że są one Niezbędne z medycznego punktu widzenia.
- 18) **Nowotwór** – przez nowotwór rozumiemy:
 - a) nowotwór złośliwy – guz o charakterze złośliwym, który cechuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych, powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek i może dawać przerzuty do innych narządów; do nowotworów złośliwych zaliczamy także biłaczki, mięsaki, chłoniaki złośliwe i ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina),

- b) nowotwór przedinwazyjny (carcinoma in situ „Tis”) – nowotwór, w którym rozrost komórek nowotworowych ograniczony jest do nabłonka (nie przekracza błony podstawnej nabłonka), który nie nacieka podścieliska i nie daje przerzutów,
- c) zmiany przednowotworowe w komórkach, które na podstawie badania cytologicznego lub histopatologicznego zostały sklasyfikowane jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka.
- Ubezpieczenie nie obejmuje:
- a) chłoniaków, mięsaków Kaposiego ani innych Nowotworów współistniejących z infekcją HIV,
 - b) Nowotworów skóry, za wyjątkiem czerniaka złośliwego i tych Nowotworów skóry, które zgodnie z opisem badania histopatologicznego naciekają poza zewnętrzną warstwę skóry (naciekają poza naskórek),
 - c) Leczenia Nowotworów z wykorzystaniem Terapii Limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy).
- Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub, jeżeli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia, wynikiem innych specjalistycznych badań ocenianych przez patomorfologa, a w przypadku zmiany przednowotworowej, wynikiem badania cytologicznego lub histopatologicznego. Data rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Za dzień wystąpienia Nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (oceny mikroskopowej wykonywanej przez patomorfologa) lub innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa, a w przypadku zmiany przednowotworowej – dzień badania histopatologicznego lub cytologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których próbka do badania histopatologicznego (lub, jeżeli jest to uzasadnione z medycznego punktu widzenia, innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) lub cytologicznego, zostanie pobrana w okresie ochrony, jeżeli badanie to, wykonane nawet po wygaśnięciu ochrony, potwierdzi rozpoznanie Nowotworu.
- 19) **Okres świadczenia usług** – okres trzydziestu sześciu (36) miesięcy, który rozpoczyna się od pierwszego dnia wyjazdu Ubezpieczonego poza granice Polski na Leczenie za granicą, przez który realizowane są świadczenia z tytułu umowy dodatkowej dla wszystkich zaakceptowanych roszczeń w ramach tego samego Modułu. Dla każdego Modułu ustala się odrębny Okres świadczenia usług w ramach umowy dodatkowej. Wraz z zakończeniem Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu, wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu tego Modułu.
 - 20) **Osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego przed organizacją Opieki medycznej za granicą do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub podróży.
 - 21) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska.
 - 22) **Poważny stan chorobowy** –
 - a) zdiagnozowanie Ubezpieczonego Nowotworu, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 18 (**Moduł 1**) lub
 - b) zalecenie wykonania Zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 43 lub Zabiegu kardiochirurgicznego wymiany lub naprawy zastawki, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 41 (**Moduł 2**), lub
 - c) zalecenie wykonania Zabiegu neurochirurgicznego, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 42 (**Moduł 3**), lub
 - d) zalecenie wykonania Przeszczepu narządu od żywego dawcy, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 24 lub Przeszczepu szpiku kostnego, zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 25 (**Moduł 4**).

W przypadku Modułu 2, 3 i 4 choroba będąca przyczyną zalecenia wykonania zabiegu, nie może być związana z Nowotworem (zgodnie z definicją zawartą w § 2 pkt 18) – jeżeli bowiem jest ona związana z Nowotworem, wówczas jej leczenie odbywa się w ramach Modułu 1.

W przypadku Modułu 2, 3 i 4 zapewnione są świadczenia wskazane w umowie dodatkowej pozostające w związku z wykonaniem zaleconego zabiegu objętego ubezpieczeniem, o którym mowa powyżej, nie zaś leczenie choroby będącej przyczyną zalecenia wykonania tego zabiegu.
 - 23) **Proteza** – wyrób medyczny, który zastępuje całość lub część ciała lub narządu, lub zastępuje całość lub część funkcji nieczynnej, lub wadliwie działającej, części ciała lub narządu.
 - 24) **Przeszczep narządu od żywego dawcy** – przeszczep Ubezpieczonemu jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: nerki, segmentu wątroby, płata płuca, fragmentu trzustki. Zakres ochrony nie obejmuje:
 - a) przeszczepów, jeżeli potrzeba przeszczepu powstaje w wyniku alkoholowej choroby wątroby,
 - b) przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste oraz samoprzeszczepów (autotransplantacji),
 - c) przeszczepów, jeżeli Ubezpieczony jest dawcą na rzecz osoby trzeciej, nieobjętej tym ubezpieczeniem,
 - d) przeszczepów od zmarłego dawcy,
 - e) przeszczepów możliwych do wykonania poprzez zakup narządów dawcy.
 - 25) **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej (PBSCT), przy czym komórki te pochodzą z:
 - a) od Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub
 - b) od żywego dawcy – w przypadku występowania zgodności w zakresie antygenów zgodności tkankowej (przeszczep allogeniczny).

Ubezpieczenie nie obejmuje przeszczepu krwiopochodnych komórek macierzystych (HCT) z krwi pępowinowej.
 - 26) **Radioterapia** – metoda leczenia onkologicznego polegająca na wykorzystaniu promieniowania jonizującego do leczenia choroby nowotworowej, poprzez niszczenie komórek nowotworowych, zahamowanie ich wzrostu i podziału za pomocą promieniowania elektromagnetycznego – rentgenowskiego, fotonów gamma, promieniowania korpuskularnego, emitowanego ze źródeł zewnętrznych (teleterapia) lub podanych do wnętrza ciała (brachyterapia, leczenie izotopowe).
 - 27) **Raport eksperta** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
 - 28) **Rok polisowy** – okres trwający pomiędzy dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej a pierwszą rocznicą polisy oraz każdy okres trwający między kolejnymi rocznicami polisy.
 - 29) **Składka** – składka z tytułu umowy dodatkowej.
 - 30) **Suma ubezpieczenia** – kwota, do której Allianz ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy dodatkowej, wskazana w § 5.
 - 31) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu tych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodków pomocy społecznej, domu opieki, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów.
 - 32) **Terapia genowa** – terapia z wykorzystaniem genów, które wywołują efekt terapeutyczny, profilaktyczny lub diagnostyczny, polegająca na wprowadzeniu do organizmu genów lub fragmentów DNA lub RNA stworzonych w laboratorium, w celu leczenia różnego rodzaju chorób (w tym chorób genetycznych, Nowotworów albo chorób przewlekłych).
 - 33) **Terapia komórkami somatycznymi** – terapia lub procedura, która dotyczy komórek lub tkanek poddanych modyfikacjom w celu zmiany ich charakterystyki biologicznej, a także procedura zastosowania komórek lub tkanek w innej roli, niż ich podstawowa rola biologiczna w organizmie. Procedury te mogą być stosowane w leczeniu, diagnostyce lub profilaktyce chorób.
 - 34) **Terapia limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy)** – terapia z użyciem limfocytów T z chimerycznym receptorem antygeny (CAR) polegająca na wykorzystaniu własnego układu odpornościowego pacjenta w celu zwalczania Nowotworu. Limfocyty T są pozyskiwane z krwi pacjenta i modyfikowane genetycznie w warunkach laboratoryjnych w celu włączenia nowego genu, który utratwia namierzenie i zabijanie komórek Nowotworu. Tak zmodyfikowane, a następnie namnożone w laboratorium komórki T są z powrotem przekazywane do pacjenta.
 - 35) **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez Lekarza, realizowany zgodnie z jego wskazaniem, dostosowanym do stanu zdrowia Ubezpieczonego wymagającym środkiem transportu. Allianz uznaje zasadność zorganizowania i pokrycia kosztów transportu medycznego w oparciu o zalecenie Lekarza oraz dokumentację medyczną Ubezpieczonego.
 - 36) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania składek.
 - 37) **Ubezpieczone dziecko** – osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej, która w momencie objęcia ochroną na podstawie umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym.
 - 38) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej.
 - 39) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,

- b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - c) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Poważnego stanu chorobowego,
 - d) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 40) **Zabieg chirurgiczny** – inwazyjny diagnostyczny lub terapeutyczny zabieg na narządach lub tkankach ciała, przeprowadzony w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, wykonany przez lekarza chirurga w szpitalu w warunkach sali operacyjnej.
- 41) **Zabieg kardiochirurgiczny wymiany lub naprawy zastawki** – zalecony przez Lekarza kardiologa Zabieg chirurgiczny, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegający na wymianie lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca, zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania lub naprawy sztucznych zastawek serca u Ubezpieczonego, u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej po upływie okresu Karencji, co zostało potwierdzone wynikiem badań hemodynamicznych i echokardiograficznych. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów polegających na wymianie lub naprawie zastawki wszczepionej przed rozpoczęciem okresu ochrony ubezpieczeniowej.
- 42) **Zabieg neurochirurgiczny** – Zabieg chirurgiczny dotyczący:
- a) mózgu lub innych struktur wewnątrzczaszkowych,
 - b) łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym.
- 43) **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zalecony przez Lekarza kardiologa zabieg kardiochirurgiczny, polegający na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przełyków omijających miejsca zwężenia lub zatoru z użyciem przeszczepów naczyniowych (by-pass). Rozpoznanie powinno być potwierdzone badaniem angiograficznym. Zakres ochrony nie obejmuje:
- a) zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, takich jak angioplastyka, cewnikowanie naczyń oraz wykorzystujących techniki laserowe,
 - b) leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) przy użyciu innej techniki niż by-pass, np. przy użyciu stentów.
- 44) **Zaburzenia funkcji poznawczych** – występowanie schorzeń istotnie upośledzających funkcje poznawcze osoby co skutkuje niemożnością jej funkcjonowania społecznego bez odpowiedniego leczenia.

§ 3. JAKI JEST PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEJ?

1. Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej i poza okresem, o którym mowa w ust. 3, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczeń wskazanych w ust. 6 i 7 poniżej.

W ramach umowy dodatkowej zapewniamy:

- organizację i pokrycie kosztów świadczenia **Opinia lekarska za granicą**, dzięki któremu uzyskasz dodatkową opinię na temat swojego stanu zdrowia (Raport eksperta)
- w przypadku Nowotworu, umowa dodatkowa zapewnia leczenie Nowotworu
- w przypadku Poważnego stanu chorobowego, określonego w Modułach 2, 3 i 4, umowa dodatkowa zapewnia leczenie w formie procedur medycznych objętych zakresem ubezpieczenia, o których mowa odpowiednio w definicjach wskazanych w § 2 pkt 24, 25, 41, 42, 43
- organizację i pokrycie kosztów świadczenia Niezbędnego z medycznego punktu widzenia Leczenia za granicą, które zapewni organizację oraz pokrycie kosztów leczenia w Szpitalu poza granicami Polski, a także refundację Leków (§ 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) oraz wsparcie w zakresie Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą (§ 3 ust. 7 pkt 5) lit. b)
- usługi i procedury medyczne oferowane jako świadczenia wynikające z umowy dodatkowej wskazane w § 3 ust. 6 i 7 są wykonywane w **Okresie świadczenia usług**.

3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni Karencji liczonych od daty zawarcia umowy dodatkowej, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty Składki należnej z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za choroby, w przypadku których w okresie 90 dni Karencji, po raz pierwszy:

- a) w przypadku Modułu 1 – wykonane były badania potwierdzające wystąpienie Nowotworu złośliwego, Nowotworu przedinwazyjnego (carcinoma in situ „Tis”), zmiany przednowotworowej (ciężkiej dysplazji złośliwej) lub
 - b) w przypadku Modułu 2, 3, 4 – wydane było zalecenie dotyczące wykonania procedur medycznych objętych ochroną.
- Wyłączenie, o którym mowa powyżej, nie dotyczy przypadków, w których Poważny stan chorobowy powstał na skutek Wypadku mającego miejsce w okresie Karencji.
5. Okresu Karencji, o którym mowa w ust. 3, nie stosuje się, jeżeli zawarta na rzecz Ubezpieczonego poprzednia umowa Allianz Best Doctors lub Opieka medyczna bez granic obowiązywała przez co najmniej 90 dni bezpośrednio przed zawarciem umowy dodatkowej. W przypadku, gdy okres obowiązywania poprzedniej umowy Allianz Best Doctors lub Opieka medyczna bez granic był krótszy, Karencja zostaje skrócona o ten okres.

USŁUGI objęte ubezpieczeniem przed otrzymaniem świadczenia Leczenie za granicą

6. Opinia lekarska za granicą

W celu potwierdzenia rozpoznania Poważnego stanu chorobowego i oceny planu leczenia, opracowanego przez dotychczasowego Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego, Ubezpieczony jest uprawniony do Opinii lekarskiej za granicą. Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- 1) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania Raportu eksperta, a na wniosek Ubezpieczonego zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów polegającej na wystąpieniu do placówek medycznych, w których leczyl się Ubezpieczony o dokumentację medyczną,
- 2) ponowną ocenę histopatologiczną zawierającą (o ile będzie to niezbędne do wydania Raportu eksperta) wykonanie ponownych badań tkanek pobranych uprzednio od Ubezpieczonego,
- 3) przetłumaczenia na język obcy zebranej dokumentacji medycznej,
- 4) przekazania przetłumaczonej dokumentacji medycznej do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w leczeniu danego schorzenia,
- 5) sporządzenia pisemnie Raportu eksperta zawierającego:
 - a) opinię Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia,
 - b) propozycję Planu leczenia zalecanego przez Lekarza konsultanta,
 - c) informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych Lekarza konsultanta, który sporządził Raport eksperta,
 - d) przetłumaczenie Raportu eksperta na język polski,
 - e) dostarczenie przetłumaczonego Raportu eksperta Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, Lekarzowi pod opieką którego on się znajduje.

W odniesieniu do jednego Poważnego stanu chorobowego, Ubezpieczony uprawniony jest do jednej Opinii lekarskiej za granicą, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeśli Lekarz konsultant w Raporcie eksperta postawi odmienną opinię dotyczącą diagnozy, niż wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego lub z jego dokumentacji medycznej, Ubezpieczony może wystąpić z wnioskiem o organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski. O sporządzonej dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta, stosuje się postanowienia tych warunków dotyczące Raportu eksperta.

7. Opieka medyczna za granicą

1) W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

- a) wskazania Ubezpieczonemu informacji o trzech Szpitalach poza granicami Polski, w których dalsze leczenie i konieczna diagnostyka mogą zostać przeprowadzone,
- b) leczenia za granicą Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, zgodnie z pkt 2) lit. a) i b),
- c) podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. a), z zastrzeżeniem lit. i),
- d) zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – zakwaterowania Ubezpieczonego

- dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. b), z zastrzeżeniem lit. i),
- e) repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy, zgodnie z pkt 4) lit. c),
- f) zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski, zgodnie z pkt 5) lit. a),
- g) Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, zgodnie z pkt 5) lit. b),
- h) dziennego świadczenia szpitalnego, zgodnie z pkt 6),
- i) zapewnienie przez Allianz organizacji i pokrycia kosztów podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy, a także organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz Dawcy ograniczone jest do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 18 lat. Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 18 roku życia Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej i Dawcy oraz zakwaterowania Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy.



W ramach umowy dodatkowej, jeżeli u Ubezpieczonego wystąpi Poważny stan chorobowy, Ubezpieczony ma prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z Osobą towarzyszącą.
Dodatkowo, do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 18 lat, Ubezpieczone dziecko ma ono prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z dwiema Osobami towarzyszącymi.

WYDATKI ZWIĄZANE z Leczeniem za granicą objęte ubezpieczeniem

2) Koszty leczenia w trakcie Leczenia za granicą

- a) Allianz organizuje i pokrywa Niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia u Ubezpieczonego Poważnego stanu chorobowego za granicą do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5.
- b) Koszty Leczenia za granicą obejmują:
- (1) koszty usług związanych z Hospitalizacją Ubezpieczonego:
 - (a) zakwaterowania w pokoju, oddziale lub oddziale intensywnej terapii,
 - (b) wyżywienia podczas Hospitalizacji,
 - (c) usług świadczonych przez przychodnię przyszpitalną,
 - (d) dodatkowego tóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę,
 - (e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
 - (f) opieki anestezyjologicznej obejmującej przygotowanie Ubezpieczonego do znieczulenia, znieczulenie i opiekę nad Ubezpieczonym po zakończeniu znieczulenia,
 - (g) leków i środków opatrunkowych użytych podczas Hospitalizacji,
 - (2) koszty opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas Hospitalizacji lub opieki ambulatoryjnej Ubezpieczonego,
 - (3) koszty obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
 - (4) koszty zabiegów zleconych przez Lekarza w tym: transfuzji krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej,
 - (5) koszty chemioterapii, Radioterapii,
 - (6) koszty zabiegu Chirurgii rekonstrukcyjnej, wykonane go w celu naprawy lub odbudowy struktury narządu lub tkanki zniszczonej, lub usuniętej, w efekcie przeprowadzenia procedury medycznej zorganizowanej i opłaconej w ramach umowy dodatkowej,
 - (7) koszty leczenia powikłań lub skutków ubocznych bezpośrednio spowodowanych przez procedury medyczne zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej, które:
 - a) wymagają natychmiastowego leczenia w Szpitalu lub w innej placówce medycznej,
 - b) są niezbędne, aby Ubezpieczony mógł zostać uznany za zdolnego pod względem zdrowotnym do podróży powrotnej do Polski po zakończeniu etapu Leczenia za granicą,
 - (8) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez Lekarza do przygotowania leczenia, w tym:

- badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, mikroskopowych badań szpiku kostnego (mielogram), ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych wymaganych w procesie leczniczym,
- (9) koszty zakupu niezbędnych Leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem Poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Szpitala, o ile poniesiono je przed powrotem do Polski (Allianz zwraca Ubezpieczonemu te koszty na zasadach opisanych w § 10),
 - (10) koszty transferu i transportu ambulansem naziemnym lub powietrznym, o ile jest wskazany i zalecony przez Lekarza, oraz zostanie zorganizowany przez Allianz,
 - (11) w przypadku Przeszczepu narządu od żywego dawcy, koszty związane z hospitalizacją Dawcy:
 - (a) koszty analiz i badań przeprowadzonych w celu zidentyfikowania odpowiedniego Dawcy wśród członków rodziny Ubezpieczonego,
 - (b) koszty usług związanych z pobytem w Szpitalu świadczonych na rzecz Dawcy, w zakresie: zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas hospitalizacji, opieki lekarskiej i pielęgniarskiej, obsługi pozostałego personelu medycznego oraz badań laboratoryjnych,
 - (c) koszty operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego od Dawcy dla Ubezpieczonego,
 - (12) koszty usług i materiałów dostarczanych na potrzeby hodowli szpiku kostnego w związku z przeszczepem tkanek, które mają być zastosowane u Ubezpieczonego. Ochroną ubezpieczeniową objęte są jedynie wydatki poniesione od dnia wystawienia Certyfikatu leczenia za granicą.

3) Siła wyższa

W przypadku, gdy jakakolwiek siła wyższa lub ograniczenia logistyczne lub operacyjne narzucone przez władze lokalne lub międzynarodowe uniemożliwiają zorganizowanie Leczenia za granicą, wówczas na wniosek Ubezpieczonego, Allianz zorganizuje świadczenie określone w § 3 ust. 7 pkt 2) w Polsce, pod warunkiem, że te same ograniczenia logistyczne lub operacyjne nie uniemożliwiają zorganizowania równoważnego z medycznego punktu widzenia, alternatywnego leczenia w Polsce. Leczenie w Polsce będzie dostępne do czasu ustania przeszkód, o których mowa powyżej. Niezwłocznie po ustaniu przeszkód, o których mowa powyżej, Allianz zapewni Leczenie za granicą.

4) WYDATKI NIEMEDYCZNE podczas Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem

W razie wystąpienia Poważnego stanu chorobowego, Allianz pokrywa:

- Koszty podróży lub Transportu medycznego podczas Leczenia za granicą
- Koszty zakwaterowania podczas Leczenia za granicą
- Koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy

a) Koszty podróży lub Transportu medycznego podczas Leczenia za granicą

- (1) Allianz organizuje i pokrywa koszty podróży lub Transportu medycznego poza granicę Polski Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – dwóch Osób towarzyszących oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 7 pkt 1) lit. i), wyłącznie w celu poddania się leczeniu Poważnego stanu chorobowego. Allianz pokrywa koszty do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.
Daty i czas trwania podróży zostaną ustalone przez Allianz na podstawie harmonogramu Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, przy czym data powrotu będzie ustalana zgodnie z oceną tego Lekarza, potwierdzającą, że Ubezpieczony jest zdolny pod względem zdrowotnym do podróży.
- (2) Koszty podróży obejmują:
 - (a) transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu na wyznaczone lotnisko lub dworzec kolejowy,
 - (b) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej do miejsca docelowego miejsca leczenia oraz transport do wyznaczonego hotelu,
 - (c) transport z wyznaczonego hotelu lub Szpitala na lotnisko lub dworzec kolejowy,

- (d) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego.
- (3) Pokrywane koszty podróży nie obejmują przejazdów Ubezpieczonego, Osoby lub Osób towarzyszących oraz Dawcy z hotelu do Szpitala lub do Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.
- b) Koszty zakwaterowania podczas Leczenia za granicą**
- (1) Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy, a w przypadku, gdy Leczenie za granicą Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Ubezpieczonego dziecka – koszty zakwaterowania Ubezpieczonego dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 7 pkt 1) lit. i), związane z ich pobytem w miejscu leczenia Poważnego stanu chorobowego za granicą. Wszelkie ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez Centrum Obsługi Klienta. Allianz pokrywa koszty do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.
- (2) Terminy rezerwacji miejsc noclegowych dla każdej podróży będą ustalane zgodnie z harmonogramem Planu leczenia opracowanym przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą. Daty te zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego, w terminie zapewniającym mu wystarczającą ilość czasu na dokonanie wszelkich ustaleń osobistych, co najmniej na 14 dni przed planowanym terminem wyjazdu, chyba że Ubezpieczony wyrazi zgodę na wyjazd w krótszym czasie.
- (3) Zakwaterowanie będzie obejmowało rezerwację pokoju dwuosobowego w hotelu trzy- lub czterogwiazdkowym, łącznie ze śniadaniem. Wybór hotelu będzie uzależniony od dostępności oraz od bliskości Szpitala w promieniu 10 km.
- (4) Posiłki (z wyłączeniem śniadania) i koszty dodatkowe związane z pobytem w hotelu nie są pokrywane.
- (5) W przypadku, gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego, zmieni daty podróży ustalone zgodnie z lit. (a) ppkt. (1) i lit. (b) ppkt (2), będzie musiał pokryć koszty związane z wprowadzonymi zmianami warunków podróży oraz zakwaterowania.
- c) Koszty repatriacji zwłok Ubezpieczonego lub Dawcy**
- Allianz organizuje i pokrywa, do wysokości Sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w § 5, koszty repatriacji zwłok do miejsca pochówku w Polsce, jeżeli Ubezpieczony lub Dawca zmarł podczas leczenia Poważnego stanu chorobowego, w tym koszty zakupu trumny przewozonej i balsamowania zwłok.
- 5) WYDATKI MEDYCZNE po powrocie z Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem**
- Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski z Leczenia za Granicą
 - Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą
- a) Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski z Leczenia za granicą**
- (1) W przypadku, gdy Ubezpieczony w ramach umowy dodatkowej był Hospitalizowany poza granicami Polski, przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup Leków po powrocie do Polski, o ile spełnione zostaną wszystkie kryteria wymienione w lit. (a)-(f) poniżej:
- (a) Leki zostały zalecone przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, jako niezbędna kontynuacja prowadzonego leczenia Ubezpieczonego,
- (b) Leki zostały dopuszczone do obrotu w Polsce,
- (c) Leki zostały przepisane na receptę przez Lekarza w Polsce,
- (d) Leki są dostępne do nabycia w Polsce i zostały zakupione w Polsce,
- (e) ilość Leków na każdej receptce, wyliczona na podstawie zaleconego sposobu dawkowania, pozwala na ich przyjmowanie nie dłużej niż przez okres 3 miesięcy,
- (f) Leki zostały przepisane na receptę wystawioną przed upływem Okresu świadczenia usług.
- (2) Zakup Leku określony w ppkt (1) powyżej musi być zorganizowany i opłacony bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Allianz zwróci koszty zakupu Leków poniesione przez Ubezpieczonego po otrzymaniu kopii recepty lub wydruku informacyjnego e-recepty i dowodów poniesionych kosztów przez Ubezpieczonego, przedstawionych Allianz do zatwierdzenia pod kątem spełnienia warunków określonych w ppkt (1).
- (3) Zwrot kosztów zakupu Leków nie obejmuje:
- (a) kosztów Leków w zakresie refundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ),
- (b) procedur medycznych związanych z podawaniem Leków,
- (c) Leków zakupionych poza granicami Polski.
- (4) W przypadku, gdy koszt zakupu Leków został częściowo zrefundowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia, wniosek o refundację kosztów zakupu Leków powinien wyraźnie rozróżniać te koszty, które zostały częściowo sfinansowane przez Ubezpieczonego.
- (5) Jeżeli zalecany Lek (lub alternatywny równoważny Lek o podobnej skuteczności), nie jest dopuszczony do obrotu w Polsce, lub nie jest dostępny do nabycia w Polsce, a wszystkie inne warunki określone w ppkt (1) są spełnione, zostaną zwrócone koszty zakupu Leków poza granicami Polski. W tym przypadku Allianz zorganizuje i pokryje koszty podróży i zakwaterowania na warunkach określonych w § 3 ust. 7 pkt 4) lit. a) i lit. b) dla Ubezpieczonego i Osób towarzyszących, z zastrzeżeniem limitów Sumy ubezpieczenia określonych w § 5.
- b) Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą**
- (1) Allianz potwierdza Ubezpieczonemu zakończenie Leczenia za granicą, jeżeli zgodnie z opinią Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, z medycznego punktu widzenia, nie jest konieczne dalsze leczenie w Szpitalu za granicą. Ubezpieczony otrzymuje wtedy:
- (a) dokumentację medyczną z Leczenia za granicą oraz
- (b) Plan kontroli stanu zdrowia w związku z Poważnym stanem chorobowym, czyli zalecenie Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą; dokumentacja ta jest tłumaczona na język polski.
- (2) Po zakończeniu Leczenia za granicą i powrocie do Polski, Allianz zwraca Ubezpieczonemu koszty wynikające z realizacji Planu kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, w Okresie świadczenia usług, o ile:
- (a) badania i związane z nimi konsultacje zostały wykonane w jednym z rekomendowanych przez Allianz Szpitali lub Placówek medycznych, oraz
- (b) badania są wykonywane zgodnie z zaleceniami Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą, w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżących badań przesiewowych i kontroli, oraz
- (c) dowody poniesionych kosztów dotyczą usług i świadczeń wykonanych przed zakończeniem Okresu świadczenia usług.
- Wskazane przez Allianz rekomendowane Szpitale lub Placówki medyczne w Polsce, zapewniają dostępność badań i konsultacji w czasie i w sposób niezbędny do przeprowadzenia bieżącej kontroli stanu zdrowia.
- (3) Świadczenie Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą w przypadku wykonywania jej na terenie Polski jest organizowane i opłacane bezpośrednio przez Ubezpieczonego w jednym z rekomendowanych przez Allianz Szpitali lub Placówek medycznych. Allianz zrefunduje Ubezpieczonemu powstałe z tego tytułu koszty na podstawie okazanych dowodów ich poniesienia, przedłożonych Allianz do zatwierdzenia pod kątem spełnienia warunków określonych w ppkt (2) lit. (a) – (c).
- (4) W przypadku, gdy Lekarz świadczący opiekę w Polsce w ramach Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, na podstawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, wskaże na konieczność leczenia w oparciu o inne wytyczne niż te początkowo ustalone w Planie kontroli stanu zdrowia przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą, Allianz przekaże te wytyczne Lekarzowi prowadzącemu Leczenie za granicą do zatwierdzenia i zwróci koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą po akceptacji tych zmian przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.
- (5) Jeżeli koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą zostały sfinansowane w części lub w całości przez Narodowy Fundusz Zdrowia, Allianz zwróci jedynie koszty w zakresie niezrefundowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego. Wniosek o zwrot kosztów powinien wyraźnie odróżniać te koszty, które zostały poniesione bezpośrednio przez Ubezpieczonego, od części finansowanych.

- (6) Na wniosek Ubezpieczonego, w Okresie świadczenia usług, Allianz zorganizuje i pokryje koszty Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, poza granicami Polski, zgodnie z zaleceniami Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą, w zakresie niezbędnym do prowadzenia bieżących badań przesiewowych i kontroli. W takim przypadku:
 - a. Kontrola stanu zdrowia po Leczeniu za granicą będzie wykonywana przez Lekarza, który leczył Ubezpieczonego za granicą lub jego zespół medyczny,
 - b. Allianz pokryje bezpośrednio koszty medyczne tych konsultacji i badań,
 - c. Allianz zorganizuje niezbędne podróże i zakwaterowanie na warunkach określonych w § 3 ust. 7 pkt 4) lit. a) i lit. b) dla Ubezpieczonego i Osób towarzyszących, z zastrzeżeniem limitów Sumy ubezpieczenia określonych w § 5.

ŚWIADCZENIA PIENIĘŻNE w trakcie Leczenia za granicą objęte ubezpieczeniem

6) Dienne świadczenie szpitalne

Za każdy dzień Hospitalizacji Ubezpieczonego poza granicami Polski, zorganizowanego w ramach umowy dodatkowej, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dienne świadczenie szpitalne, do wysokości Sumy Ubezpieczenia określonej w § 5, z uwzględnieniem limitów tam określonych.

§ 4. W JAKICH SYTUACJACH OCHRONA Z TYTUŁU UMOWY DODATKOWEJ NIE PRZYSŁUGUJE?

1. Allianz jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu Poważnego stanu chorobowego objętego ochroną na podstawie umowy dodatkowej, jeżeli jego wystąpienie było skutkiem:
 - 1) choroby zawodowej w rozumieniu Kodeksu pracy,
 - 2) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu,
 - 3) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności,
 - 4) AIDS (zespół nabytego niedoboru odporności), HIV (ludzki wirus niedoboru odporności) lub chorób z nich wynikających (w tym mięsak Kaposiego), lub leczenia AIDS lub HIV,
 - 5) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - 6) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, stwierdzonego prawomocnym orzeczeniem sądu,
 - 7) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Poważnego stanu chorobowego,
 - 9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych działań w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - 10) powodzi, wybuchów wulkanów, ruchów sejsmicznych, zjawisk nadzwyczajnych lub katastrofalnych, a także oficjalnie ogłoszonych epidemii.
2. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za:
 - 1) organizację i pokrycie kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego w Polsce, za wyjątkiem:
 - a) świadczenia Zwrotu kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski, o którym mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit a), oraz
 - b) organizacji Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą, o której mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b),
 - 2) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia Poważnego stanu chorobowego poza granicami Polski, jeżeli:
 - a) w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą Ubezpieczony przebywał poza Polską dłużej niż przez 183 dni kalendarzowe, lub
 - b) Ubezpieczony nie posiada stałego miejsca zamieszkania w Polsce,
 - 3) organizację i pokrycie kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium lub uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum,
 - 4) pokrycie kosztów zakupu Protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących wzrok (tj.: okularów korekcyjnych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul), materiałów opatrunkowych, peruki, protez zębowych, z wyjątkiem pokrycia kosztów chirurgicznego leczenia rekonstrukcyjnego z użyciem protez piersiowych z powodu mastektomii i sztucznych zastawek serca, w związku z operacją zorganizowaną w ramach umowy dodatkowej,
 - 5) pokrycie kosztów zakupu lub wynajmu wózków inwalidzkich, tożek specjalnych, urządzeń klimatyzacyjnych, oczyszczaczy powietrza i sprzętu medycznego służącego wyłącznie wygodzie Ubezpieczonego,
 - 6) leczenie medyczne obejmujące Terapię genową, Terapię komórkami somatycznymi, Inżynierię tkankową i Terapię limfocytami CAR-T (Chimeric Antigen Receptor CAR T-cell therapy),
 - 7) pokrycie kosztów zakupu leków i środków opatrunkowych dostępnych bez recepty lub zakupionych poza apteką,
 - 8) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych spowodowanych starością lub w przypadku wszelkiego rodzaju Zaburzeń funkcji poznawczych (chyba, że Zaburzenia funkcji poznawczych są konsekwencją Nowotworów w mózgu), niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania,
 - 9) organizację i pokrycie kosztów Leczenia eksperymentalnego lub Medycyny alternatywnej (niekonwencjonalnej), nawet jeśli zostało ono przepisane przez Lekarza,
 - 10) organizację i pokrycie kosztów leczenia Poważnych stanów chorobowych innymi metodami, jeśli z dokumentacji medycznej wynika, iż zalecanym sposobem leczenia jest przeszczep narządu objęty ochroną w ramach umowy dodatkowej,
 - 11) organizację i pokrycie kosztów leczenia wszelkich chorób wywołanych procedurami medycznymi zorganizowanymi w ramach umowy dodatkowej, za wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została zakwalifikowana jako Poważny stan chorobowy,
 - 12) pokrycie kosztów:
 - a) tłumacza i tłumaczenia, za wyjątkiem tłumaczenia związanego ze świadczeniem usług medycznych w trakcie Leczenia za granicą oraz za wyjątkiem przetłumaczenia dokumentacji medycznej w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą,
 - b) opłat telefonicznych, za wyjątkiem podejmowanego przez Allianz bądź Centrum Obsługi Klienta kontaktu z Ubezpieczonym,
 - c) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
 - d) wszelkich usług świadczących Osobie towarzyszącej lub Dawcy, za wyjątkiem świadczeń zorganizowanych w ramach umowy dodatkowej wymienionych w § 3 ust. 6 i 7,
 - 13) organizację i pokrycie kosztów znalezienia Dawcy poza członkami rodziny Ubezpieczonego,
 - 14) organizację i pokrycie kosztów leczenia w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej,
 - 15) pokrycie kosztów świadczeń opisanych w § 3 ust. 6 i 7, jeżeli nie zostały zorganizowane przez Allianz,
 - 16) wszelkie usługi i świadczenia wykonane po upływie Okresu świadczenia usług,
 - 17) organizację i pokrycie kosztów leczenia długotrwałych skutków ubocznych, łagodzenia objawów przewlekłych lub rehabilitacji (w tym fizjoterapii, rehabilitacji ruchowej oraz terapii języka i mowy),
 - 18) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Opieki medycznej za granicą w sytuacji braku możliwości wyjazdu Ubezpieczonego z powodu niespełnienia przez niego wymagań wizowych kraju, w którym siedzibę ma wybrany przez Ubezpieczonego Szpital,
 - 19) organizację i pokrycie kosztów usług lub świadczeń medycznych, które nie są niezbędne z medycznego punktu widzenia do leczenia Poważnego stanu chorobowego.

3. Ubezpieczający, a także Ubezpieczony (jeżeli wie o zawarciu umowy na jego rachunek), są zobowiązani do podania Allianz wszystkich znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytywał w formularzu oferty lub przed zawarciem umowy w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, on także ma ten obowiązek i dotyczy również okoliczności jemu znanych. Jeżeli Allianz zawrze umowę pomimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
4. Allianz nie odpowiada za skutki okoliczności, które z naruszeniem poprzedniego ustępu nie zostały podane do wiadomości Allianz. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony umyślnie nie ujawnili nam tych okoliczności, w razie wątpliwości uważa się, że zdarzenie przewidziane umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, których nam nie ujawniono.
5. Allianz nie odpowiada za:
 - 1) medyczną poprawność Raportu eksperta sporządzonego przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Opinii lekarskiej za granicą oraz za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z Raportu eksperta. Decyzja o leczeniu za granicą jest samodzielną decyzją Ubezpieczonego i Allianz nie odpowiada za skutki tej decyzji,
 - 2) za skuteczność i wyniki leczenia Poważnego stanu chorobowego w ramach świadczenia Opieki medycznej za granicą.
6. Odpowiedzialność Allianz obejmuje wyłącznie świadczenia wskazane w umowie dodatkowej polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów usług określonych w tych warunkach.

§ 5. JAKA JEST SUMA UBEZPIECZENIA UMOWY DODATKOWEJ ORAZ LIMITY ODPOWIEDZIALNOŚCI ALLIANZ?

1. Za Poważne stany chorobowe, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej, Allianz ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.

Wysokość Sumy ubezpieczenia

Całkowita odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej (w tym koszty podróży lub Transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok, koszty zakupu Leków, koszty dziennego świadczenia szpitalnego) za Poważne stany chorobowe, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej wynosi **2 000 000 euro** (łącznie Suma ubezpieczenia na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy), z uwzględnieniem limitów wskazanych poniżej w niniejszej tabeli.

Limity na poszczególne świadczenia

Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski	w granicach Sumy ubezpieczenia, ale nie więcej niż 50 000 euro – górna granica odpowiedzialności (Suma ubezpieczenia na świadczenie dotyczące Ubezpieczonego) w ramach leczenia danego Poważnego stanu chorobowego
Dziennie świadczenie szpitalne	w granicach Sumy ubezpieczenia, 100 euro za dzień Hospitalizacji maksymalnie do 60 dni Hospitalizacji w ramach leczenia danego Poważnego stanu chorobowego

2. Suma ubezpieczenia wskazana w umowie dodatkowej odnosi się do wszystkich Poważnych stanów chorobowych, które wystąpiły w całym okresie obowiązywania umowy dodatkowej. Oznacza to, że w razie przedłużania umowy dodatkowej (zgodnie z § 7 ust. 2) na kolejne roczne okresy ubezpieczenia górny limit odpowiedzialności Allianz za wszystkie Poważne stany chorobowe objęte ochroną ubezpieczeniową w całym życiu Ubezpieczonego pozostaje na poziomie 2 000 000 euro (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego Osoby towarzyszącej oraz jego Dawcy).
3. Suma ubezpieczenia oraz limity, o których mowa w ust. 1 wyrażone w euro przeliczane są na waluty, w których poniesiono dany koszt według średniego kursu NBP z ostatnich trzech miesięcy, poprzedzających dzień, w którym koszty zostały poniesione.

§ 6. W JAKI SPOSÓB ZAWIERANA JEST UMOWA DODATKOWA?

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w OWU mają zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów tego paragrafu.

1. Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 65 lat lub na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.
2. Umowa dodatkowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy dodatkowej oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) na formularzu wniosku o zawarcie umowy dodatkowej udostępnionym przez Allianz.
3. Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz doręcza Ubezpieczającemu tekst warunków umowy dodatkowej.
4. Allianz ma prawo odmówić zawarcia umowy dodatkowej.



Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem lub w trakcie trwania umowy głównej. Jest to umowa roczna, która może być przedłużana na kolejne okresy.

5. Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy głównej lub w trakcie jej trwania. W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy głównej, warunki umowy dodatkowej obowiązują od pierwszego dnia miesiąca polisowego, następującego po miesiącu polisowym, w którym Allianz zaakceptował wniosek o zawarcie umowy dodatkowej.
6. Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
 - 1) złożenie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego oraz podanie przez Ubezpieczonego lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka przez jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje we wniosku o zawarcie umowy dodatkowej oraz w innych pismach przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - 2) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.
7. Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem umowy dodatkowej, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie umowy dodatkowej oraz na podstawie przedstawionych dokumentów, Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - 1) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia umowy dodatkowej,
 - 2) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy dodatkowej na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
8. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Allianz doręcza Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Allianz obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa dodatkowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. W przypadku braku sprzeciwu umowa dodatkowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią polisy lub aneksu do polisy następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
9. W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia umowy dodatkowej, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie.
10. Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.
11. Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę lub aneks do polisy, potwierdzający zawarcie umowy dodatkowej.
12. Dzień zawarcia umowy dodatkowej Allianz potwierdzi w polisie lub w aneksie do polisy.
13. Za wyraźną zgodą osoby, której dane dotyczą, Allianz może używać do podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na której rzecz ma zostać zawarta umowa dodatkowa, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej

osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

§ 7. JAKI JEST CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ, JAKIE SĄ WARUNKI JEJ ROZWIĄZANIA ORAZ KIEDY WYGASA OCHRONA?



Umowa dodatkowa zawierana jest na 1 rok. Jeżeli pierwszą umową dodatkową zawierasz nie w rocznicę polisy, wówczas trwa ona krócej niż rok – od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Po pierwszej rocznicy polisy umowa dodatkowa przedłuża się na kolejne roczne okresy.

Umowa zostanie przedłużona na następne roczne okresy ubezpieczenia, jeśli Ty jako Ubezpieczający ani Allianz nie złożysz drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy.

- Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem ust. 3, nie dłużej jednak niż do:
 - dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 85 lat lub do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat,
 - dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej,
 - dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej,
 - dnia przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile postanowienia umowy głównej przewidują rozwiązanie umowy dodatkowej w przypadku przekształcenia umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - dnia wykorzystania przez Ubezpieczonego Sumy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności Allianz, o której mowa w § 5 ust. 1,
 - śmierci Ubezpieczonego,
 - ostatniego dnia Okresu świadczenia usług w ramach ostatniego Modułu (tj. tego Modułu, w którym Okres świadczenia usług rozpoczął się najpóźniej) – gdy Ubezpieczony skorzysta z ochrony we wszystkich czterech Modułach.
- Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
- Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy, wówczas trwa ona do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy. Od najbliższej rocznicy polisy kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na roczne okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w ust. 2.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.
- W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 4, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.
- Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 1 oraz ust. 4, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając w Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- W razie wygaśnięcia umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony.
- Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy głównej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu.



Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci odstąpienia od umowy dodatkowej w ciągu 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej, zwrócimy Ci wpłaconą Składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.

O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w siedzibie Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem rozwiązania umowy dodatkowej lub z upływem okresu na jaki została ona zawarta, z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy głównej wskutek nieopłacenia Składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa z dniem wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy głównej.

§ 8. OD CZEGO ZALEŻY WYSOKOŚĆ SKŁADKI I Z JAKĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ NALEŻY JĄ OPŁACAĆ?

- Składka z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z umowy głównej.
- Obowiązek opłacania Składki z tytułu umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- Wysokość Składki z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej zależnych od wieku Ubezpieczonego. Wysokość Składki uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 3 ust. 4, § 11 ust. 2, a w kolejnych rocznych okresach ubezpieczenia od wykorzystania Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu.
- Z zastrzeżeniem ust. 2 zd. ost. i ust. 4, wysokość składki z tytułu umowy dodatkowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała.
- Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki z tytułu umowy dodatkowej w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany Składki z tytułu umowy dodatkowej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
- Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz przed rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 2.
- Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki z tytułu umowy dodatkowej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz.
- Datą opłacenia składki jest dzień wpływu Składki z tytułu umowy dodatkowej i umowy głównej w pełnej wysokości na rachunek bankowy Allianz.
- Konsekwencje nieopłacenia składki przewidziane w warunkach umowy głównej mają zastosowanie do Składki z tytułu umowy dodatkowej płatnej łącznie ze składką z tytułu umowy głównej.

§ 9. KIEDY I NA JAKIEJ PODSTAWIE REALIZOWANE SĄ ŚWIADCZENIA?



Jeśli u Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego dziecka zdiagnozowano zdefiniowany Poważny stan chorobowy zadzwoń na numer infolinii: +48 224 224 224.

- Opinia lekarska za granicą
 - W celu uzyskania świadczenia Opinii lekarskiej za granicą, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta.
 - Centrum Obsługi Klienta poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia

zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialność Allianz i realizacji świadczeń.

- 3) Allianz obowiązany jest spełnić świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
- 4) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie przewidzianym w pkt 3).

2. Opieka medyczna za granicą

Zgłoszenie roszczenia

- 1) W celu uzyskania świadczenia Opieki medycznej za granicą, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta.
- 2) Ubezpieczony zostanie poinformowany o krokach jakie należy podjąć w celu dostarczenia Allianz badań diagnostycznych oraz dokumentacji medycznej niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń. Jeżeli Ubezpieczony wystąpi o świadczenie Opinii lekarskiej za granicą, będzie ono realizowane w pierwszej kolejności przed otrzymaniem świadczenia w ramach Opieki medycznej za granicą, ponieważ decyzja o zasadności Leczenia za granicą i plan Leczenia za granicą będzie oparty na ustaleniach i wytycznych wynikających z Opinii lekarskiej za granicą.

Obowiązki Ubezpieczonego

- 3) Ubezpieczony zobowiązany jest, w granicach dopuszczalnych przez obowiązujące przepisy prawa, do współpracy zapewniającej dostęp do dokumentacji medycznej, niezbędnej do dalszego prowadzenia postępowania, znajdującej się w posiadaniu Ubezpieczonego lub Lekarza, szpitali lub innych placówek medycznych odpowiedzialnych za leczenie do dnia zgłoszenia roszczenia. Dostęp do dokumentacji medycznej Ubezpieczonego jest niezbędny do ustalenia odpowiedzialności Allianz.
- 4) Ubezpieczony zobowiązany jest, w granicach dopuszczalnych przez obowiązujące przepisy prawa, do współpracy w zakresie przeprowadzenia niezbędnych działań medycznych mających na celu potwierdzenie i leczenie choroby objętej ochroną ubezpieczeniową. Brak współpracy zostanie stwierdzony w każdym przypadku, gdy Ubezpieczony:
 - a) nie zastosował się do zaleceń Lekarza prowadzącego Leczenia za granicą lub ustalonego Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą lub
 - b) odmawia poddania się leczeniu lub poddania się dodatkowym niezbędnym analizom diagnostycznym lub badaniom koniecznym do ustalenia ostatecznej diagnozy lub Planu leczenia.

Ocena roszczenia i propozycja Szpitala do przeprowadzenia leczenia

- 5) Ubezpieczony zostanie powiadomiony czy roszczenie jest objęte ochroną w ramach umowy dodatkowej po dokonaniu przez Allianz analizy zgromadzonej dokumentacji, z zastrzeżeniem pkt. 9)-11) poniżej.
- 6) W przypadku, gdy Ubezpieczony będzie zainteresowany Leczeniem za granicą, Allianz oceni możliwość skorzystania ze świadczenia w Okresie świadczenia Usług, z uwzględnieniem poniższych scenariuszy:
 - Scenariusz 1: Pełna dostępność
Nie wystąpiło żadne wcześniejsze roszczenie w ramach odpowiedniego Modułu, w wyniku którego Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej. W związku z tym Allianz potwierdzi pełną dostępność 36 miesięcy Okresu świadczenia usług.
 - Scenariusz 2: Częściowa dostępność
W ramach odpowiedniego Modułu istniały wcześniejsze roszczenia, w wyniku których Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej. W związku z tym Allianz potwierdzi dostępność pozostałych miesięcy w Okresie świadczenia usług.
 - Scenariusz 3: Okres świadczenia usług wygaś
W ramach odpowiedniego Modułu istniały wcześniejsze roszczenia, które spowodowały, że Leczenie za granicą zostało zorganizowane i opłacone w ramach umowy dodatkowej, aż do upływu Okresu świadczenia usług. W związku z tym Allianz potwierdzi, że roszczenie nie jest objęte zakresem ochrony umowy dodatkowej.

W przypadku scenariuszy 1 i 2, Ubezpieczony otrzyma listę trzech rekomendowanych Szpitali poza granicami Polski.

- 7) W celu realizacji świadczenia Opieki medycznej za granicą Ubezpieczonemu zostaną przez Centrum Obsługi Klienta przedstawione trzy Szpitale kwalifikujące się do przeprowadzenia zaleczonego leczenia Poważnego stanu chorobowego, poza granicami Polski. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednego z przedstawionych przez Centrum Obsługi Klienta Szpitali w ciągu 3 miesięcy od daty otrzymania od Centrum Obsługi Klienta informacji o dostępności Szpitali. W przypadku zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta o swoim wyborze po upływie 3 miesięcy od daty otrzymania informacji o dostępności Szpitali, Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania aktualnego stanu zdrowia celem ponownego uzyskania informacji o dostępności Szpitali, o których mowa powyżej.
- 8) Decyzję o pokryciu kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego poza granicami Polski, w wybranym przez Ubezpieczonego Szpitalu, potwierdza doręczany Ubezpieczonemu Certyfikat leczenia za granicą. Certyfikat leczenia za granicą zachowuje ważność, w zakresie leczenia w nim wskazanego, przez okres 3 miesięcy od daty jego wystawienia. Po upływie 3 miesięcy od daty wystawienia Certyfikatu, Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania aktualnego stanu zdrowia celem ponownego uzyskania Certyfikatu leczenia za granicą.
- 9) Certyfikat leczenia za granicą doręczany jest Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia o wystąpieniu Poważnego stanu chorobowego.
- 10) Gdyby w terminie wskazanym w pkt 9) wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do organizacji świadczeń w ramach Opieki medycznej za granicą okazało się niemożliwe, Allianz zorganizuje świadczenia (co potwierdzi Certyfikat leczenia za granicą) w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, organizacja świadczeń dotyczących opieki medycznej była możliwa.
- 11) Jeżeli świadczenie Opinii lekarskiej za granicą lub Opieki medycznej za granicą nie przysługuje, Allianz poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia Poważnego stanu chorobowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

3. Okres świadczenia usług

- 1) Okres świadczenia usług dla danego Modułu rozpoczyna się od pierwszego dnia wyjazdu Ubezpieczonego poza granicę Polski, w celu skorzystania z Leczenia za granicą w ramach danego Modułu.
- 2) W razie uznania roszczenia z tytułu danego Modułu, Allianz pokryje koszty usług, wydatków i świadczeń pieniężnych (do limitów wskazanych w § 5), powstałe w trakcie Okresu świadczenia usług dla tego Modułu.
- 3) W przypadku, gdy na koniec Okresu świadczenia usług, Ubezpieczony jest w trakcie Leczenia za granicą (jest Hospitalizowany lub znajduje się pod opieką Szpitala zgodnie z warunkami określonymi w Certyfikacie leczenia za granicą), Allianz zapewni organizację i pokrycie kosztów świadczeń określonych w § 3 ust. 7 pkt 1) do dnia powrotu do Polski, określonego na podstawie ustalonego Planu leczenia opracowanego przez Lekarza prowadzącego Leczenie za granicą.

4. Powrót z leczenia za granicą

- 1) W przypadku, gdy ostateczny powrót Ubezpieczonego do Polski w związku z zakończeniem Leczenia za granicą w ramach danego Modułu, nastąpi przed zakończeniem Okresu świadczenia usług w ramach tego Modułu, Allianz przedstawi Ubezpieczonemu Plan kontroli stanu zdrowia, czyli zalecenie Lekarza (Lekarzy) prowadzącego Leczenie za granicą.
- 2) Na podstawie Planu kontroli stanu zdrowia, ubezpieczony będzie uprawniony do:
 - a) zwrotu kosztów zakupu Leków, zgodnie z § 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) oraz
 - b) kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą o którym mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b) do końca Okresu świadczenia usług w ramach danego Modułu.

5. Ocena roszczeń po powrocie z leczenia za granicą

- 1) Po zakończeniu realizacji Planu leczenia w ramach świadczenia Leczenie za granicą i po powrocie do Polski, możliwe jest przeprowadzenie ponownej oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego w celu przeprowadzenia dalszego leczenia, jeżeli wymaga tego stan zdrowia Ubezpieczonego oraz pod warunkiem, że Okres świadczenia usług nie został wykorzystany w ramach dotychczasowego leczenia.
- 2) Allianz poinformuje Ubezpieczonego o krokach jakie należy podjąć w celu dostarczenia badań diagnostycznych

i dokumentacji medycznej niezbędnych do przeprowadzenia tej oceny.

- 3) W przypadku, gdy ocena stanu zdrowia przeprowadzona przez Allianz potwierdzi, że konieczne jest dalsze leczenie Niezbędne z medycznego punktu widzenia, zostanie to potwierdzone Ubezpieczonemu poprzez wydanie nowego Certyfikatu leczenia za granicą Planu leczenia wraz z listą zalecanych Szpitali i możliwych sposobów Leczenia za granicą.
- 4) Umowa dodatkowa będzie w dalszym ciągu pokrywać wszystkie usługi i koszty medyczne (wyszczególnione w § 3 ust. 7) do końca Okresu świadczenia usług na warunkach ostatniego Certyfikatu leczenia za granicą.

§ 10. KIEDY I NA JAKICH WARUNKACH UBEZPIECZONY OTRZYMUJE ZWROT PONIESIONYCH KOSZTÓW?

1. Ubezpieczony uprawniony jest do otrzymania zwrotu następujących poniesionych kosztów:
 - 1) zakupu niezbędnych Leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem Poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Szpitala, o ile poniesiono je przed powrotem do Polski,
 - 2) zakupu niezbędnych Leków przepisanych przez Lekarza, o których mowa w § 3 ust. 7 pkt 5) lit. a) (zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Polski),
 - 3) badań i konsultacji w ramach Kontroli stanu zdrowia po Leczeniu za granicą zgodnie z § 3 ust. 7 pkt 5) lit. b).
2. W celu uzyskania zwrotu kosztów Ubezpieczony powinien skontaktować się z Centrum Obsługi Klienta.
3. Zwrot kosztów dokonywany jest w złotych stanowiących równoważność kwot wyrażonych w walucie, w której zostały one poniesione według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów. Zwrot kosztów jest realizowany do wysokości limitów określonych w § 5.
4. Zwrot kosztów następuje w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez Allianz zgłoszenia o ich zwrot.
5. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, Allianz wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część świadczenia Allianz wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. Podstawą do zwrotu kosztów jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dowodów ich poniesienia w postaci kopii faktury lub innego dowodu zakupu oraz dowodu zapłaty, wykazujących jaki towar lub usługę nabyto oraz wysokość poniesionego kosztu z tego tytułu. Osoba zgłaszająca roszczenie może zostać poproszona o inne dokumenty, które będą niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia.

§ 11. JAKIE SĄ WARUNKI WZNOWIENIA UMOWY DODATKOWEJ?

1. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod warunkiem, że umowa główna podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz, oraz spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w OWU.
2. Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową nie są objęte Poważne stany chorobowe, w przypadku których w okresie 90 dni Karencji od daty wznowienia umowy dodatkowej, po raz pierwszy:
 - a. w przypadku Modułu 1 – wykonane były badania potwierdzające wystąpienie Nowotworu złośliwego, Nowotworu przedinwazyjnego (carcinoma in situ „Tis”), zmiany przednowotworowej (ciężkiej dysplazji złośliwej) lub
 - b. w przypadku Modułu 2, 3, 4 – wydane było zalecenie dotyczące wykonania procedur medycznych objętych ochroną.



Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestasz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

§ 12. POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU SKŁADANIA REKLAMACJI

1. Reklamację na usługi Allianz, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
 - a. w formie pisemnej – osobiście w jednostce obsługującej klientów Allianz lub w siedzibie Allianz albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w jednostce obsługującej klientów Allianz lub w siedzibie Allianz,
 - c. elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
3. Rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi na nią nastąpi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, termin może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Allianz poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę, zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które są ustalane, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiedź na reklamację, skargę lub zażalenie będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępnione są na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów Allianz.
6. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
7. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Allianz do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Allianz ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział w tym postępowaniu wymaga zgody Allianz). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
8. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z Allianz za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, możliwe jest skorzystanie z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.



Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam polepszyć nasze usługi. Dlatego jesteśmy otwarci na Twoje sugestie lub pytania. Zapraszamy do kontaktu pod numerem telefonu: 224 224 224, listownie: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa lub elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie: www.allianz.pl lub adresu: skargi@allianz.pl.

§ 13. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

Allianz jest administratorem danych osobowych zbieranych w związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie tych warunków umowy dodatkowej. Pełna treść klauzuli opisującej zasady na jakich Allianz przetwarza dane osobowe udostępniana jest przy zbieraniu danych. Informacje na temat zasad przetwarzania przez Allianz danych osobowych dostępne są również na stronie www.allianz.pl.

§ 14. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są ponadto informować Allianz o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane.
2. Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w tych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
3. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy dodatkowej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy dodatkowej można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w siedzibie Allianz.
6. Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 79/2020 i wchodzi w życie w dniu 1 stycznia 2021 roku.



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ KRAWIEC
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ASSISTANCE ONKOLOGICZNY

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§2 ust 2, 4, 6, 9, Tabela nr 1, Tabela nr 2, Tabela nr 3 z uwzględnieniem definicji z § 1 §11 §12 ust 2 – 3, 10 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 2-9 limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 1; Tabela nr 2 Tabela nr 2 Rozdział I pkt 2-4, 10, 11 – każdorazowo informacje zawarte po myślniku. limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 3, limit łączny i sumy ubezpieczenia assistance wskazane w Tabeli nr 3 z uwzględnieniem definicji z § 1, §3 z uwzględnieniem definicji z § 1.
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1-2, 4, 5 z uwzględnieniem zapisów ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) centrum operacyjne	AWP P&C S.A. Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń objętych umową dodatkową .
2) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
3) dziecko	dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego .
4) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
5) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego , niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym .
6) leki	zalecone Ubezpieczonemu leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, oraz leki recepturowe, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez Lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu lub w poradni onkologicznej.
7) małżonek	osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje w związku małżeńskim w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
8) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
9) partner	osoba pozostająca z Ubezpieczonym w związku nieformalnym, która nie jest spokrewniona z Ubezpieczonym w linii prostej ani nie jest rodzeństwem ani powinowatym w linii prostej z Ubezpieczonym , która jednocześnie prowadzi z nim wspólne gospodarstwo domowe w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.
10) placówka medyczna	szpital , przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego w ramach systemu opieki zdrowotnej.
11) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
12) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
13) rodzic Ubezpieczonego	ojciec Ubezpieczonego lub matka Ubezpieczonego , lub ojczym Ubezpieczonego , lub macocha Ubezpieczonego .
14) siła wyższa	nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.

15) sprzęt rehabilitacyjny	sprzęt niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji, umożliwiający mu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
16) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
17) transport medyczny	transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
18) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25. roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
19) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
20) zaawansowany nowotwór	rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego lub w przypadkach uzasadnionych medycznie innym specjalistycznym badaniem ocenianym przez patomorfologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony. Za dzień wystąpienia zaawansowanego nowotworu przyjmuje się dzień wykonania badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa). Ochrona obejmuje również przypadki, w których materiał do badania histopatologicznego (lub w przypadkach uzasadnionych medycznie – innego specjalistycznego badania ocenianego przez patomorfologa) zostanie pobrany w okresie ochrony, a data badania mikroskopowego potwierdzająca pierwsze rozpoznanie wypada po wygaśnięciu okresu ochrony.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. W przypadku, gdy w okresie ochrony **Ubezpieczonego** zostanie: zdiagnozowany **zaawansowany nowotwór** lub wydana karta diagnostyki i leczenia onkologicznego, na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń medycznych na zasadach określonych w tabeli nr 1.
3. Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do 20 świadczeń medycznych, o których mowa w tabeli nr 1, w odniesieniu do tego samego rozpoznania (niezależnie od liczby wydanych kart diagnostyki i leczenia onkologicznego). Przy tym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko raz na każde rozpoznanie.
4. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej traktujemy jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby zleconych do wykonania badań na jednym skierowaniu wystawionym przez **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego**, w związku z tym samym rozpoznaniem.

Tabela nr 1 (świadczenia dla **Ubezpieczonego** w przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** lub wydania karty diagnostyki i leczenia onkologicznego)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA			
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski, maksymalnie dwadzieścia świadczeń na jedno zdarzenie			Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. KONSULTACJE			
1. chirurg	6. urolog	11. hepatolog	
2. okulista	7. pulmonolog	12. hematolog	
3. otolaryngolog	8. lekarz rehabilitacji	13. nefrolog	
4. ortopeda	9. onkolog	14. dermatolog	
5. ginekolog	10. endokrynolog		
II. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA			
15.			
• moczu – badanie ogólne	• amylaza	• CRP ilościowo	
• OB	• mocznik	• HBs przeciwciała	
• morfologia	• TSH	• HCV przeciwciała	
• APTT	• kreatynina	• IgE całkowite	
• PT	• kwas moczowy	• markery: CA 125, PSA, CA 72-4, AFP, CEA, Beta-HCG, CA 15-3, CA 19-9, kalcytonina, Beta-2-mikroglobulina, NSE, Cyfra 21	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
• fibrynogen	• proteinogram		
• glukoza	• ferrytyna		
• elektrolity (sód i potas)	• wapń całkowity		
• lipidogram	• fosfor nieorganiczny		
• próby wątrobowe	• magnez		
III. BADANIA SPECJALISTYCZNE			
16. biopsja (pobranie materiału wraz z mikroskopowym badaniem histopatologicznym)			
17. badania radiologiczne (RTG)			
18. badania ultrasonograficzne (USG)			
19. rezonans magnetyczny			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania
20. tomografia komputerowa			maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dwudziestu świadczeń medycznych do wykorzystania

5. W przypadku zdiagnozowania **zaawansowanego nowotworu** u **Ubezpieczonego**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń na zasadach określonych w tabeli nr 2.

Tabela nr 2 (świadczenia dla Ubezpieczonego)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
I. Pomoc assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego , zapewnimy:	
a) organizację i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego , i b) pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
2. Dostarczenie posiłków do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego posiłków – koszt posiłków pokrywa Ubezpieczony .	
3. Dostarczenie leków zleconych przez lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , wymagane jest leżenie, pokrywamy koszty dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków zaleconych przez lekarza – koszt leków pokrywa Ubezpieczony .	
4. Pomoc pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagana jest pomoc pielęgniarki, zorganizujemy i pokryjemy koszty honorarium i dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego – dodatkowe koszty opieki pielęgniarskiej (koszty zakupu leków, środków medycznych lub innych materiałów używanych w ramach sprawowania opieki pielęgniarskiej) pokrywa Ubezpieczony .	
5. Zwrot kosztów peruk i protez na rzecz Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego używa peruki lub protezy, zwrócimy koszty zakupu poniesione przez Ubezpieczonego , do wysokości wskazanego obok limitu.	5000 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia
6. Transporty medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z miejsca pobytu do placówki medycznej	
Transporty medyczne są organizowane do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego , gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego wymagany jest pobyt Ubezpieczonego w placówce medycznej .	
7. Transporty medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą z placówki medycznej do miejsca pobytu	
Na wniosek Ubezpieczonego zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej , w której przebywa Ubezpieczony , do miejsca jego pobytu.	
8. Transporty medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą pomiędzy placówkami medycznymi	
Transporty są organizowane w przypadku, gdy wystawiono skierowanie na badania specjalistyczne albo zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej .	
9. Opieka nad niepełnoletnimi dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad jego niepełnoletnimi dziećmi lub osobami niesamodzielnymi, zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki.	
10. Opieka nad psem lub kotem	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest opieka nad psem lub kotem, na wniosek Ubezpieczonego , w miejscu jego pobytu zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdów i honorariów osoby do opieki nad psem lub kotem, w zakresie: karmienia, wyprowadzania na spacer, utrzymania higieny – nie pokrywamy kosztu zakupu karmy oraz środków higieny.	
11. Pomoc domowa w miejscu pobytu Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , wymagana jest pomoc domowa, zorganizujemy i pokryjemy koszty pomocy domowej w miejscu pobytu Ubezpieczonego , w zakresie: zakupu podstawowych artykułów spożywczych i środków czystości, codziennych porządków domowych, dostawy lub przygotowania posiłków, podlewania kwiatów – nie pokrywamy kosztów podstawowych artykułów spożywczych, środków czystości i posiłków.	
12. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego	
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie pięć konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia

13. Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji		
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego , zapewnimy konsultacje rehabilitacyjne, w ramach których będą wykonywane:		
• ćwiczenia wytrzymałościowe na cykloergometrze, bieżni, stepperze w placówce rehabilitacyjnej (nie pokrywamy kosztu wypożyczenia lub zakupu urządzeń) • ćwiczenia ogólnousprawniające w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	• trening oporowy w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego • fizykoterapia i rehabilitacja oddechowa w placówce rehabilitacyjnej lub w miejscu pobytu, w zależności od wyboru Ubezpieczonego	maksymalnie jedno świadczenie w odniesieniu do jednego zdarzenia (10 konsultacji stanowi łącznie 1 świadczenie)
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne i pomoc psychoonkologiczna dla Ubezpieczonego		
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów		
W razie zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania Ubezpieczonemu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/ narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty), badającego przynajmniej jeden z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u wskazanych wyżej członków rodziny Ubezpieczonego .		maksymalnie jeden test w odniesieniu do jednego zdarzenia
2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna		
W razie zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u biologicznego ojca lub matki lub rodzeństwa lub dziecka Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy Ubezpieczonemu koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów u Ubezpieczonego .		maksymalnie jedna konsultacja w odniesieniu do jednego zdarzenia
3. Psychoonkolog dla Ubezpieczonego		
Gdy Ubezpieczony po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.		maksymalnie pięć konsultacji w odniesieniu do jednego zdarzenia

6. Ponadto, w przypadku zdiagnozowania u **Ubezpieczonego zaawansowanego nowotworu**, **Ubezpieczonemu** należne jest świadczenie w postaci umówionej sumy pieniężnej (**suma ubezpieczenia assistance**) do wykorzystania na zasadach określonych poniżej i w tabeli nr 3.
7. Świadczenie, o którym mowa w ust. 6, realizujemy wyłącznie poprzez wypłatę wynagrodzenia należnego **centrum operacyjnemu** z tytułu wykonania wskazanych przez **Ubezpieczonego** świadczeń assistance, wymienionych w tabeli nr 3.
8. Wynagrodzenie wypłacane **centrum operacyjnemu** w przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń, o których mowa w ust. 6, jest ograniczone do wysokości **sum ubezpieczenia assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, wskazanych w tabeli nr 3. **Sumy ubezpieczenia assistance** dla poszczególnych rodzajów świadczeń assistance, w odniesieniu do jednego zdarzenia, każdorazowo są obniżane o kwotę, która stanowi wartość danego świadczenia assistance wykonanego z tytułu zdarzenia.

Tabela nr 3 (świadczenia dla Ubezpieczonego w przypadku zdiagnozowania u niego zaawansowanego nowotworu związane z jego małżonkiem, partnerem, dzieckiem lub rodzeństwem)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Suma ubezpieczenia assistance dla danego świadczenia na każde zdarzenie
I. Pomoc assistance związana z małżonkiem albo partnerem, lub dzieckiem	
Psychoonkolog	3000 zł
Gdy w wyniku zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , jego małżonek albo partner lub dziecko chce skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla małżonka albo partnera , lub dziecka w odniesieniu do jednego zdarzenia
II. Konsultacje onkologiczno-genetyczne z pomocą psychoonkologiczną związane z biologicznym dzieckiem lub rodzeństwem Ubezpieczonego	
1. Test zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów	
W razie zdiagnozowania zaawansowanego nowotworu u Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty wykonania biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów (w zależności od rodzaju zdiagnozowanego zaawansowanego nowotworu – ryzyka raka sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty) badającego przynajmniej jeden z następujących genów: BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC, w tym koszt izolowania DNA z próbki krwi. Badanie będzie dotyczyć wszystkich tych genów spośród wymienionych powyżej, które odpowiadają za zwiększone ryzyko zachorowania przez biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego na raka tego narządu, którego dotyczy zaawansowany nowotwór zdiagnozowany u Ubezpieczonego .	5000 zł maksymalnie jeden test dla każdego z biologicznych dzieci lub rodzeństwa Ubezpieczonego , (niezależnie od liczby badanych genów w ramach jednego testu) w odniesieniu do jednego zdarzenia

2. Konsultacja onkologiczno-genetyczna	3000 zł maksymalnie jedna konsultacja dla każdego biologicznego dziecka lub rodzeństwa Ubezpieczonego w odniesieniu do jednego zdarzenia
W razie zaawansowanego nowotworu Ubezpieczonego , zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji onkologiczno-genetycznej wyników testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów, wykonanego biologicznemu dziecku lub rodzeństwu Ubezpieczonego .	
3. Psychoonkolog	3000 zł maksymalnie pięć konsultacji łącznie dla biologicznego dziecka lub rodzeństwa w odniesieniu do jednego zdarzenia
Gdy biologiczne dziecko lub rodzeństwo Ubezpieczonego po wykonaniu testu zwiększonego genetycznego ryzyka raka narządu/narządów chcą skorzystać z konsultacji psychoonkologa, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji w poradni psychoonkologii.	

8. W przypadku przeprowadzenia u **Ubezpieczonego** operacji plastycznej (na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego), w celu usunięcia blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała **Ubezpieczonego**, które powstały w wyniku operacyjnego usunięcia **zaawansowanego nowotworu**, pokryjemy koszt tej operacji za pośrednictwem **centrum operacyjnego** do wysokości 20 000 zł w odniesieniu do jednego **zaawansowanego nowotworu**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

- Nie obejmujemy ochroną zdarzeń zaistniałych wskutek:
 - nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń **lekarza prowadzącego**;
 - spożycia leków niezaordynowanych przez **lekarza prowadzącego**, użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim lub wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - spożywania alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, o ile miało to wpływ na powstanie zdarzenia lub rozmiar jego następstw;
 - leczenia eksperymentalnego lub o niepotwierdzonej skuteczności i bezpieczeństwie;
 - reakcji jądrowej, skażenia spowodowanego bronią jądrową lub promieniotwórczością, wycieków, zanieczyszczeń, skażeń.
- Za **zaawansowany nowotwór** nie uznajemy niżej wymienionych:
 - zespoły mielodysplastyczne;
 - nowotwory mieloproliferacyjne z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej;
 - nowotwory łagodne, nieinwazyjne;
 - zmiany przednowotworowe;
 - nowotwory przedinwazyjne in situ (Tis);
 - dysplazja dużego stopnia;
 - środnabłonkowa neoplazja szyjkowa (CIN 1, 2, 3);
 - guzy o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości;
 - brodawkowaty mikro-rak tarczycy;
 - rak pęcherza moczowego Ta (nieinwazyjny rak brodawkowaty) i T1 – wg klasyfikacji TNM;
 - rak gruczołu krokowego w stopniu niższym niż T2N0M0 wg klasyfikacji TNM lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7 (<=6);
 - nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka w stopniu zaawansowania wyższym niż IB w klasyfikacji TNM;
 - nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje **lekarz prowadzący**.
- Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
- Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazanych w tabeli nr 1 lub **sumę ubezpieczenia assistance** wskazaną w tabeli nr 3, wykonamy tę usługę w przypadku wyrażenia zgody na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem lub **sumą ubezpieczenia assistance**.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń wskazanych w tabeli nr 1, 2 i 3 poza terytorium Polski.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

- Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
- Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
- Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
 - zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach;
 - odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego;
 - zapropionować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
- Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
- Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej nam oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany, które wprowadziliśmy na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu, **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polisy** lub aneksu do **polisy** następnego dnia po upływie terminu na złożenie sprzeciwu.
- Jeżeli odmówimy Ci zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio od daty złożenia nam sprzeciwu.

7. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
8. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polisy**, z zastrzeżeniem ust. 7.
9. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polis**y.

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

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

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy dodatkowej**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.
3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym rocznym okresie trwania **umowy dodatkowej**. W takiej sytuacji, najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego okresu ochrony doręczymy Ci propozycję zmiany wysokości składki w kolejnym okresie trwania **umowy dodatkowej**.
5. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 11. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

W razie zajścia zdarzenia należy poinformować nas o tym fakcie. Zdarzenie można zgłosić między innymi:

- a) telefonicznie 224 224 224,
- b) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
- c) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.

§ 12. ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia:

- a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone do **centrum operacyjnego**.
2. Świadczenie realizujemy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotyczyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
 3. Zasad opisanych w ustępach 1 i 2 nie stosujemy, jeżeli świadczenie spełniliśmy bezpośrednio po zgłoszeniu nam zdarzenia lub bez przeprowadzania postępowania dotyczącego ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia.
 4. Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski, można nam potwierdzić, dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
 5. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
 6. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
 7. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
 8. Jeżeli nie zrealizujemy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także zrealizujemy bezsporną część świadczenia.
 9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie), wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
 10. W porozumieniu z Tobą ustalimy za pośrednictwem **centrum operacyjnego** miejsce realizacji świadczeń medycznych i zorganizujemy te świadczenia we współpracującym podmiocie lub **placówce medycznej** w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 1 lit. c.
 11. Wartość poszczególnych świadczeń assistance jest ustalana każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia. Zanim skorzystasz ze świadczenia, poinformujemy Cię o jego wartości oraz o tym, jak wpłynie na łączny limit lub **sumy ubezpieczenia assistance**.
 12. W celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia w odniesieniu do **dziecka, matzonka, partnera**, w zakresie określonym w art. 38 ust.2 i 3 ustawy o działalności ubezpieczeniowej potrzebujemy informacji o stanie ich zdrowia. Dlatego do zgłoszenia roszczenia z tytułu świadczeń związanych z **dzieckiem, matzonkiem, partnerem**, należy dotrzeć:
 - a) ich zgodę na przetwarzanie danych osobowych o stanie zdrowia oraz
 - b) upoważnienie podmiotów wykonujących działalność leczniczą do udzielania nam informacji o stanie ich zdrowia, także po ich śmierci (w tym udostępnienia dokumentacji medycznej).

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 13. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłączenie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 14. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz sąd polubowny przy komisji nadzoru finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej rzecznika finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej sądu polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy odr służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 15. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą zarządu Tu Allianz Życie Polska S.A. nr 44/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – UTRATA SAMODZIELNOŚCI

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

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

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

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezwprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) choroba	reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
5) czynności życia codziennego	a) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika, b) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu higieny osobistej, c) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej, d) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby, e) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie), f) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do/z toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
6) długotrwała i całkowita niezdolność do pracy	całkowita niezdolność do pracy osoby, która całkowicie utraciła zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej z powodu naruszenia sprawności organizmu i nie rokuje odzyskania zdolności do pracy po przekwalifikowaniu, stwierdzona orzeczeniem lekarza orzecznika lub przez właściwy sąd rozpoznający odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego. W przypadku braku orzeczenia lekarza orzecznika lub właściwego sądu rozpoznającego odwołanie od decyzji organu emerytalno-rentowego, całkowitą niezdolność do pracy ustala się na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, z zastrzeżeniem §14 ust. 4 tych warunków ubezpieczenia, z uwzględnieniem: a) stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz możliwości przywrócenia niezbędnej sprawności w drodze leczenia i rehabilitacji, b) możliwości wykonywania dotychczasowej pracy lub podjęcia innej pracy oraz celowości przekwalifikowania zawodowego, biorąc pod uwagę rodzaj i charakter dotychczas wykonywanej pracy, poziom wykształcenia, wiek i predyspozycje psychofizyczne, pod warunkiem pozostawania przez tę osobę przez nieprzerwany okres minimum 12 miesięcy w niezdolności do pracy, udokumentowanej zaświadczeniem lekarskim lub inną dokumentacją medyczną; przy czym za datę zdarzenia w przypadku niezdolności do pracy Ubezpieczonego uznaje się datę rozpoczęcia wyżej wymienionego okresu niezdolności.

7) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
8) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
9) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
10) miesiąc polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
11) niezdolność do samodzielnej egzystencji	trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego .
12) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
13) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
14) rok polisowy	okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy głównej a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną rocznicę polisy .
15) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
16) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
17) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolenia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
18) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji albo długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy w następstwie choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku , które to wystąpiły w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej .

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. W przypadku, gdy w okresie ochrony w następstwie **wypadku** lub **choroby** zdiagnozowanej u **Ubezpieczonego** wystąpi **długotrwała i całkowita niezdolność do pracy** albo **niezdolność do samodzielnej egzystencji**, wypłacimy **Ubezpieczonemu** świadczenie w wysokości określonej w **umowie ubezpieczenia**, pod warunkiem, że:
 - a) **wypadek** miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**,
 - b) **choroba** będąca przyczyną **niezdolności do samodzielnej egzystencji** lub **długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy** została zdiagnozowana w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:
 - a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
 - c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**,
 - e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie sptywy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską, skatowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., pustyń, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarstwo morskie lub oceaniczne,
 - f) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazd próbnych lub testowych do tych zawodów,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,
 - i) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,
 - j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,

- l) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
 - m) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**,
2. Nie ponosimy odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego** **niezdolności do samodzielnej egzystencji** lub **długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy**, jeżeli wystąpiła ona po upływie 12 miesięcy od:
 - a) wystąpienia **wypadku**, w przypadku **niezdolności do samodzielnej egzystencji** lub **długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy** będącej następstwem **wypadku**,
 - b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu **umowy dodatkowej**, w przypadku **niezdolności do samodzielnej egzystencji** lub **długotrwałej i całkowitej niezdolności do pracy** będącej następstwem **choroby**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO

1. **Umowę dodatkową** możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** objętego ochroną z tytułu **umowy głównej** – o ile **umowa główna** przewiduje taką możliwość.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 55 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dołączonych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
 - a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach,
 - b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego,
 - c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
5. Możemy prosić o dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Możemy prosić, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
7. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej oferty, jesteśmy

zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany wprowadzone na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polis**y lub aneksu do **polis**y następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

8. Jeżeli odmówimy zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio daty złożenia nam sprzeciwu.
9. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
10. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polis**y, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polis**y.

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

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu, który nie jest **rocznicą polis**y, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polis**y oraz przez 4 kolejne lata.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron niełoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - c) z dniem **rocznicy polis**y bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** 65 lat,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - f) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - g) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**,
 - h) z dniem zgłoszenia roszczenia, które zostało uznane z tytułu **długotrwałej i catkowej niezdolności do pracy** albo **niezdolności do samodzielnej egzystencji**, w zależności, które zdarzenie miało miejsce wcześniej.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy dodatkowej** termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.
3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia

o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

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

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się część składki z tytułu **umowy dodatkowej** należnej za to świadczenie.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polis**y, o ile w tym dniu wiek **Ubezpieczonego** nie przekracza 55 lat.
3. Przed **rocznicą polis**y możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej** uwzględniając świadczenie podlegające indeksacji.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **sumy ubezpieczenia** w umowach, których rocznica polis przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynęło do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne **lata polisowe**, to nie przygotujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz także złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polis**y przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości.

§ 11. ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość **sumy ubezpieczenia** możesz zmienić w każdą **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda Ubezpieczonego oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku od podwyższenie **sumy ubezpieczenia** wiek Ubezpieczonego nie przekracza 55 lat,
3. Przed podwyższeniem **sumy ubezpieczenia** możemy prosić o to, by Ubezpieczony:
 - a) podał dodatkowe informacje dotyczące swojego stanu zdrowia oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, lub w tym samym celu prosić aby
 - b) poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym

przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. Możemy zażądać, aby – w celu ustalenia prawa do świadczenia i wysokości tego świadczenia – Ubezpieczony poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem (z wyłączeniem badań genetycznych). Pokrywamy koszty takich badań.
4. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski, można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
5. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
6. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli te okoliczności wyjaśnić.
7. Bezsprawną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
8. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz Ubezpieczonego w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (jeżeli nie są oni zgłaszającymi roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W tej informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,

- b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
- c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłączenie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 16. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 17. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** i my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
3. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
5. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
- a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwości dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwości dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 45/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – LECZENIE W SZPITALU

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

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

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

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) centrum operacyjne	AWP P&C S.A., Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorska 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczenia sanatoryjnego .
5) choroba	reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
6) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
7) dzień pobytu w szpitalu	dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy dzień przyjmuje się dzień rejestracji w szpitalu , a za ostatni dzień wypisu ze szpitala , niezależnie od tego ile czasu w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego w szpitalu .
8) karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie dodatkowej jest wyłączone, bądź ograniczona; okres karencji uwzględniany jest w wycieszeniu wysokości składki.
9) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
10) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego , niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym .
11) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
12) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
13) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .

14) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
15) rok polisowy	okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy głównej a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną rocznicę polisy .
16) sanatorium	znajdujący się na terytorium Polski zakład leczniczy wykorzystujący walory klimatyczne, przyrodnicze i naturalne, zlokalizowany w miejscowości uzdrowskiej, przeznaczony dla osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego.
17) siła wyższa	nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.
18) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
19) świadczenie dzienne	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, za każdy dzień leczenia Ubezpieczonego w szpitalu , z zastrzeżeniem postanowień tych warunków umowy dodatkowej .
20) świadczenie rekonwalescencyjne	kwota odpowiadająca równowartości pięciu świadczeń dziennych , którą wypłacimy jednorazowo jako świadczenie, za leczenie w szpitalu Ubezpieczonego , które trwało nieprzerwanie co najmniej 14 dni, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków umowy dodatkowej . W przypadku jednego leczenia w szpitalu przysługuje wyłącznie jedno świadczenie rekonwalescencyjne .
21) świadczenie sanatoryjne	organizacja i pokrycie kosztów pobytu Ubezpieczonego w sanatorium , z zastrzeżeniem postanowień tych warunków umowy dodatkowej .
22) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
23) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
24) wada wrodzona	nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
25) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
26) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolania, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.

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

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

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

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

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

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dotyczących do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
 - a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach;
 - b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego;
 - c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polis** lub aneksu do **polis**.
5. Możemy prosić o dodatkowe informacje dotyczące stanu zdrowia **Ubezpieczonego** oraz inne informacje, które są niezbędne do prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Możemy prosić, aby w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego **Ubezpieczony** poddał się badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Pokrywamy koszty takich badań.
7. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polis** lub aneks do **polis** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego

dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany wprowadzone na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polis** lub aneksu do **polis** następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.

8. Jeżeli odmówimy zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio daty złożenia nam sprzeciwu.
9. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
10. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polis**, z zastrzeżeniem ust. 9.
11. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polis**.

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

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

§ 7. ODSZTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

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

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

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

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

§ 10. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **świadczenia dziennego**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się część składki z tytułu **umowy dodatkowej** należnej za to świadczenie.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej** uwzględniającą świadczenie podlegające indeksacji.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **świadczenia dziennego** w umowach, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynęło do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne **lata polisowe**, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz także złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości.

§ 11. ZMIANA WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA DZIENNEGO

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

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,

- b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Potrzebę organizacji **świadczenia sanatoryjnego** można zgłosić również za pośrednictwem **centrum operacyjnego**:
- 1) telefonicznie 224 224 224,
 - 2) na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
 - 3) pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.
3. Jeżeli **umowa dodatkowa** została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

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

w porozumieniu z **Ubezpieczonym**, w oparciu o informacje medyczne zawarte w przekazanej do nas dokumentacji medycznej.

- Koszty **świadczenia sanatoryjnego**, realizowanego zgodnie z opisem zawartym w tym rozdziale, pokrywamy bezpośrednio na rzecz podmiotów realizujących te świadczenia.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
- Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
- Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
- Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
- Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniom udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 16. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

- Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
- W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 17. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** i my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.

5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z umowy,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z umowy.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 46/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU

VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ZABIEGI OPERACYJNE

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2; § 13; § 14 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1; Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego stanowiąca Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Zabiegi operacyjne
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3-5; § 3; § 11 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 1; postanowienia znajdujące się w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego stanowiącej Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Zabiegi operacyjne: a) w pkt. 2, 84, 101, 182, 236, 237, 239, 259, 272, 308, 324 – każdorazowo począwszy od słów „z wyjątkiem (...)”; b) w pkt. 275, 277, 278, 283, 286, 287, 293, 298 – każdorazowo począwszy od słów „łącznie za wszystkie (...)”
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1, 2, 4-6 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe § 11 ust. 1 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Do tych warunków ubezpieczenia dołączyliśmy załącznik nr 1: Tabelę oceny procentowej leczenia operacyjnego.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezwprawne i celowe działanie fizyczne skierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) choroba	reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
5) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
6) karencja	okres, w którym nasza odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w umowie dodatkowej jest wyłączona, bądź ograniczona; okres karencji uwzględniany jest w wyliczeniu wysokości składki.
7) leczenie operacyjne/zabieg operacyjny	leczenie chirurgiczne chorób lub obrażeń ciała będących następstwem wypadku , przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu , a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia zdiagnozowanej i określonej w dokumentacji medycznej choroby lub skutków wypadku .
8) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
9) miesiąc polisowy	okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej . Pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polis , każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
10) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
11) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
12) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .

13) rok polisowy	okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy głównej a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną rocznicę polisy .
14) suma ubezpieczenia	kwota będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowej .
15) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
16) tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego	załącznik do tych warunków ubezpieczenia określający zabiegi operacyjne , z tytułu których wypłacamy świadczenie.
17) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
18) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
19) wada wrodzona	nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
20) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
21) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolania, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
22) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , polegające na poddaniu się w okresie ochrony przez Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem albo przez Ubezpieczone dziecko zabiegowi operacyjnemu , wskazanemu w przypisanej do niego kolumnie tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego .

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
- W przypadku, gdy w okresie ochrony:
 - Ubezpieczony** nie będący **Ubezpieczonym dzieckiem** podda się **zabiegowi operacyjnemu** wskazanemu w przypisanej mu

kolumnie **tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego**, albo

- b) **Ubezpieczone dziecko** podda się **zabiegowi operacyjnemu** wskazanemu w przypisanej mu kolumnie **tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego**,

wypłacimy świadczenie w wysokości wskazanego w tej tabeli, odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia Ubezpieczonego** nie będącemu **Ubezpieczonym dzieckiem** (w przypadku wskazanym w lit. a) powyżej) albo **Ubezpieczonemu dziecku** (w przypadku wskazanym w lit. b) powyżej).

3. Nasza odpowiedzialność w danym **roku polisowym** jest ograniczona do wysokości 100% **sumy ubezpieczenia** – niezależnie od liczby **zabiegów operacyjnych**, którym podda się w tym czasie **Ubezpieczony**.
4. Jeżeli na skutek tej samej **choroby** lub tego samego **wypadku** **Ubezpieczony** poddał się więcej niż jednemu **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narzędzia, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.
5. Jeżeli na skutek **choroby** lub **wypadku**, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, **Ubezpieczony** poddał się więcej niż jednemu **zabiegowi operacyjnemu** w obrębie tego samego narzędzia, wypłacimy jedno świadczenie za **zabieg operacyjny** o najwyższej wartości świadczenia.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:
- a) **działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
 - c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
 - d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego** lub **działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego** lub **działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**,
 - e) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską, skatowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., na pustynie, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarsstwo morskie lub oceaniczne,
 - f) uprawiania dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki,
 - g) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowcy, pomocnika kierowcy lub pasażera wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazdy próbnych lub testowych do tych zawodów,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,
 - j) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,

- k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,

- l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,

- m) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),

- n) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**,

- o) nieprzestrzegania przez **Ubezpieczonego** zaleceń lekarza,
- p) poprzednio wykonywanego u **Ubezpieczonego** **zabiegu operacyjnego**.

2. Nie obejmujemy ochroną:
- a. **zabiegów operacyjnych** prowadzonych w celach diagnostycznych;
 - b. **zabiegów operacyjnych** związanych z leczeniem **wad wrodzonych**;
 - c. **zabiegów operacyjnych** wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych;
 - d. **zabiegów operacyjnych** przeprowadzonych w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e. **zabiegów operacyjnych** dotyczących tylko skóry i tkanki podskórnej;
 - f. **zabiegów operacyjnych** cięcia cesarskiego;
 - g. zabiegów małoinwazyjnych wykorzystujących techniki termokoagulacji (termolezji) lub kriokoagulacji wybranych struktur układu nerwowego w celu zniesienia (blokowania) przewodzenia bólu.
3. Stosujemy **karancję**, która polega na tym, że nie wypłacimy świadczenia za **leczenie operacyjne Ubezpieczonego**, które rozpoczęło się w okresie 30 dni od daty rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej**, chyba że **leczenie operacyjne Ubezpieczonego** było wynikiem **wypadku**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

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

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. **Umowę dodatkową** zawierasz na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.

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

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

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

- f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** ochroną objęte jest **Ubezpieczone dziecko**,
- g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
- h) z dniem, którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. Odstąpienie od umowy dodatkowej

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o jej zawarciu lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.
3. Jeżeli odstąpisz od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. Wypowiedzenie umowy dodatkowej

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

§ 9. Składka

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

§ 10. Indeksacja

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się składka.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polis**y.
3. Przed **rocznicą polis**y możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik zastosujemy do

indeksacji **sum ubezpieczenia** z umów, których **rocznica polisy** przypada w następnym roku kalendarzowym.

5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynęło do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne **lata polisowe**, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji lub oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie zapropionujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości).

§ 11. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA

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

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

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

5. Na żądanie **Ubezpieczonego**, prześlemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 13. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpieczonego**. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 14. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
5. Mamy prawo przedsięwziąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalamy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłączenie na prośbę osoby, która ją złożyła.
5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 16. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 17. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 47/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

MATTHIAS BALTIM
PREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU

VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

TABELA OCENY PROCENTOWEJ LECZENIA OPERACYJNEGO

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka	
ZABIEGI W ZAKRESIE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ	1.	Oczyszczenie lub wycięcie rany, zakażenia, oparzenia lub wycięcie zmiany skóry	10%	X	X
	2.	Przeszczep skóry – wolny, uszypułowany lub płatowy (z wyjątkiem przeszczepu włosów)	25%	X	X
	3.	Wprowadzenie lub wymiana generatora impulsów do neurostymulacji	15%	X	X
ZABIEGI W ZAKRESIE CZASZKI, MÓZGU I OPON	4.	Kraniotomia, trepanacja czaszki z odbarczeniem mózgu lub usunięciem krwaka	100%	X	X
	5.	Usunięcie ropnia mózgu lub mózdzku	80%	X	X
	6.	Rewizja – powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii lub kraniektomia	20%	X	X
	7.	Nacięcie opon mózgu lub drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajęczynówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20%	X	X
	8.	Drenaż krwaka śródmózgowego	50%	X	X
	9.	Zabieg operacyjny wycięcia tkanki, guza mózgu lub opony mózgu	80%	X	X
	10.	Zabieg operacyjny wycięcia tkanki lub guza pnia mózgu	100%	X	X
	11.	Zabieg operacyjny złamania czaszki, naprawy czaszki lub opracowania chirurgicznego rany mózgu	50%	X	X
	12.	Wycięcie zmiany w kościach czaszki	50%	X	X
	13.	Zabieg operacyjny naprawczy (szycie) opon	30%	X	X
	14.	Rewizja płyta kostnego lub usunięcie płytki z czaszki	30%	X	X
	15.	Wentrykulostomia	60%	X	X
	16.	Wszczepienie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	100%	X	X
	17.	Zabieg operacyjny tętniaka lub naczyniaka mózgu	100%	X	X
	18.	Częściowe wycięcie szyszynki	80%	X	X
	19.	Całkowite wycięcie szyszynki	100%	X	X
	20.	Zabieg operacyjny częściowego wycięcia przysadki lub zmiany przysadki, z dojścia przeczolowego	80%	X	X
	21.	Całkowite usunięcie przysadki	100%	X	X

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka	
ZABIEGI NA RDZENIU KRĘGOWYM I STRUKTURACH KANAŁU KRĘGOWEGO ORAZ NERWACH	22.	Odbarczenie kanatu kręgowego w odcinku szyjnym – zabieg operacyjny z dostępu przedniego lub tylnego	80%	X	X
	23.	Odbarczenie kanatu kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – zabieg operacyjny z dostępu przedniego lub tylnego	100%	X	X
	24.	Reoperacja odbarczająca kanatu kręgowego	100%	X	X
	25.	Laminektomia lub eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	50%	X	X
	26.	Zabieg operacyjny małoinwazyjny, metody przezskórne – laserowa ablacja (dekompresja) dysku lub nukleoplastyka	30%	X	
	27.	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego	100%	X	X
	28.	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	80%	X	X
	29.	Zabieg operacyjny naprawczy rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	100%	X	X
	30.	Drenaż przestrzeni płynowych rdzenia lub rewizja	15%	X	X
	31.	Wprowadzenie, wymiana lub usunięcie neurostymulatora rdzenia kręgowego	60%	X	X
	32.	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	100%	X	X
	33.	Szycie nerwu, wycięcie nerwu lub nerwiaka obwodowego	50%	X	X
	34.	Odbarczenie korzeni nerwów czaszkowych lub uwolnienie zrostów	80%	X	X
	35.	Uwolnienie kanatu nadgarstka/stępu lub chirurgiczne odbarczenie zrostów nerwu obwodowego	20%	X	X
	36.	Przeszczep nerwu czaszkowego	100%	X	X
	37.	Przeszczep nerwu obwodowego	80%	X	X
	38.	Zabieg operacyjny naprawczy nerwu	80%	X	X
	39.	Wszczepienie lub wymiana stymulatora nerwu obwodowego	20%	X	X
	40.	Wycięcie, przecięcie nerwu współczulnego lub zwoju	20%	X	X
	41.	Sympatektomia klasyczna lub laparoskopowa	30%	X	X
ZABIEGI NA TARCZYCY I NADNERCZACH	42.	Zabieg operacyjny w obrębie tarczycy	20%	X	X
	43.	Całkowita resekcja tarczycy	60%	X	X
	44.	Usunięcie przytarczyc	50%	X	X
	45.	Zabieg operacyjny w obrębie nadnerczy	30%	X	X
	46.	Obustronne usunięcie nadnerczy	40%	X	X

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
ZABIEGI W ZAKRESIE OKA, UCHA, NOSA I ZATOK	47. Zabieg operacyjny korekcji lub rekonstrukcji powiek	20%	X	X
	48. Zabieg operacyjny w zakresie aparatu łzowego lub dróg łzowych	20%	X	X
	49. Zabieg operacyjny w zakresie spojówki	20%	X	X
	50. Zabieg operacyjny w obrębie rogówki	40%	X	X
	51. Nacięcie lub zabieg operacyjny naprawczy rogówki	30%	X	X
	52. Zabieg operacyjny w obrębie tęczówki lub ciątka rzęskowego	40%	X	X
	53. Zabieg operacyjny w obrębie twardówki	30%	X	X
	54. Zabieg operacyjny w zakresie soczewki	40%	X	X
	55. Usunięcie ciała szklanego	40%	X	X
	56. Zabieg operacyjny naprawczy siatkówki	30%	X	X
	57. Zabieg operacyjny naprawczy mięśni oka	30%	X	X
	58. Nacięcie, pourazowe zaopatrzenie lub wszczepienie protezy oczodołu	20%	X	X
	59. Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka	40%	X	X
	60. Wytrzewienie lub wytuszczenie gałki ocznej	50%	X	X
	61. Zabieg operacyjny oczodołu	40%	X	X
	62. Zabieg operacyjny w zakresie ucha zewnętrznego	30%	X	X
	63. Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	40%	X	X
	64. Zabieg operacyjny kosteczek słuchowych	50%	X	X
	65. Tympanoplastyka	60%	X	X
	66. Zabieg operacyjny wyrostka sutkowatego	50%	X	X
	67. Inne niż określone w pkt 64-66 zabiegi operacyjne w zakresie ucha środkowego	40%	X	X
	68. Rewizja po zabiegu operacyjnym ucha środkowego lub wewnętrznego	20%	X	X
	69. Zabieg operacyjny błędnika	50%	X	X
	70. Inne niż określone w pkt 68-69 zabiegi operacyjne w zakresie ucha wewnętrznego	30%	X	X
ZABIEGI W ZAKRESIE JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI	71. Zabieg operacyjny w obrębie nosa/przegrody nosa lub otwartego nastawienia złamania nosa	20%	X	X
	72. Amputacja (resekcja) nosa	35%	X	X
	73. Całkowita rekonstrukcja lub przyszycie amputowanego nosa	50%	X	X
	74. Zabieg operacyjny zatok	35%	X	X
	75. Częściowe wycięcie języka	30%	X	X
	76. Całkowite usunięcie języka	40%	X	X
	77. Zabieg operacyjny w obrębie ślinianek	30%	X	X
	78. Całkowite usunięcie ślinianki	40%	X	X
	79. Wycięcie migdałków	30%	X	X
	80. Zabieg operacyjny gardła	35%	X	X
	81. Laryngektomia	60%	X	X
	82. Inny niż określone w pkt 75-81 zabieg operacyjny w obrębie gardła/krtani/migdałka/podniebienia/języczka/dna jamy ustnej	25%	X	X

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
83.	Tracheostomia lub protezowanie tchawicy/oskrzela	10%	X	X
84.	Zabieg operacyjny w obrębie tchawicy/oskrzela (z wyjątkiem tracheostomii, protezowania, endoskopii)	35%	X	X
85.	Endoskopowe zabiegi operacyjne w obrębie układu oddechowego	10%	X	X
86.	Segmentowa resekcja płuca	50%	X	X
87.	Zabieg operacyjny naprawczy w zakresie płuca lub oskrzela (szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki, otwarcie klatki piersiowej)	40%	X	X
88.	Usunięcie płata płuca	60%	X	X
89.	Usunięcie całego płuca	80%	X	X
90.	Przeszczep płuca	100%	X	X
91.	Przeszczep płuc i serca	100%	X	X
92.	Drenaż opłucnej	10%	X	X
93.	Zabieg operacyjny tkanki śródpiersia lub ściany klatki piersiowej	25%	X	X
94.	Zabieg operacyjny w obrębie opłucnej	40%	X	X
95.	Zabieg operacyjny naprawczy przepony	50%	X	X
96.	Częściowe wycięcie przełyku	60%	X	X
97.	Zamknięcie przetoki przełykowej	40%	X	X
98.	Zabieg operacyjny w zakresie grasicy lub tkanek przełyku z dostępu przez klatkę piersiową lub jamę brzuszną	40%	X	X
99.	Endoskopowe wycięcie tkanki przełyku lub protezowanie przełyku	10%	X	X
100.	Całkowite wycięcie przełyku	100%	X	X
101.	Podwiązanie chirurgiczne żyłaków przełyku (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	X	X
102.	Podwiązanie chirurgiczne żyłaków przełyku – endoskopowe	15%	X	X
103.	Zamknięta walwulotomia (niezależnie od rodzaju zastawki)	50%	X	X
104.	Zabieg operacyjny wymiany zastawki serca lub operacja innych struktur związanych z zastawkami serca – metodą otwartą	100%	X	X
105.	Zamknięcie pourazowego ubytku międzyprzedsionkowego/międzykomorowego	100%	X	X
106.	Rewizja po operacjach korekcyjnych serca	50%	X	X
107.	Otwarta koronaroplastyka (angioplastyka wieńcowa)	50%	X	
108.	Angioplastyka balonowa naczyń wieńcowych z/bez wprowadzenia stentu	20%	X	
109.	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80%	X	
110.	Pomostowanie aortalno-wieńcowe techniką minimalnie inwazyjną (MIDCAP)	50%	X	
111.	Zabieg operacyjny tętniaka tętnicy wieńcowej	50%	X	
112.	Kardiotomia (nacięcie wsierdza/mięśnia/przedsionka/komory)	80%	X	X
113.	Perikardiotomia, perikardiektomia lub perikardiocenteza	30%	X	X
114.	Wycięcie tętniaka z zespoleniem – aorty/naczyń wewnątrzczaszkowych/serca	90%	X	X
115.	Częściowa wentrykulektomia	80%	X	X
116.	Przeszczep serca	100%	X	X
117.	Zabieg operacyjny serca – otwarty, w tym wewnątrznaczyniowe wszczepienie urządzenia wspomagającego lub zastępującego pracę serca -TAH/VAD	60%	X	X
118.	Wymiana lub naprawa systemu wspomagającego pracę serca, lub wszczepienie przeszskórnego zewnętrznego systemu wspomagającego	30%	X	X

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
119.	Założenie, wymiana, usunięcie lub rewizja rozrusznika serca, automatycznego systemu do kardiowersji, defibrylacji lub elektrod	30%	X	X
120.	Częściowe usunięcie śledziony	35%	X	X
121.	Całkowite usunięcie śledziony	40%	X	X
122.	Gastrostomia – Przeszkórna endoskopowa przetoka żołądkowa [PEG]	15%	X	X
123.	Zespolecie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka	40%	X	X
124.	Zabieg operacyjny ograniczający objętość żołądka	35%	X	X
125.	Zabieg operacyjny naprawczy przywracający wydolność wpustu żołądka	35%	X	X
126.	Inny niż określony w pkt 122-125 zabieg operacyjny w zakresie żołądka	30%	X	X
127.	Protezowanie dróg żółciowych	10%	X	X
128.	Zabieg operacyjny endoskopowy	10%	X	X
129.	Częściowe wycięcie żołądka	60%	X	X
130.	Całkowite usunięcie żołądka	80%	X	X
131.	Resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita lub mnoga	50%	X	X
132.	Appendektomia celowa (usunięcie wyrostka robaczkowego)	30%	X	X
133.	Całkowita resekcja jelita grubego	80%	X	X
134.	Hemikolektomia lub wycięcie kątnicy/poprzecznicy/esicy	50%	X	X
135.	Resekcja odbytnicy (każdy dostęp)	50%	X	X
136.	Zabieg operacyjny w obrębie odbytu	20%	X	X
137.	Wycięcie odbytu	60%	X	X
138.	Całkowite usunięcie lub przeszczep wątroby	100%	X	X
139.	Częściowe wycięcie wątroby	50%	X	X
140.	Zabieg operacyjny naprawczy – szycie torebki wątroby	30%	X	X
141.	Inny niż określone w pkt 138-140 zabieg operacyjny w zakresie wątroby	50%	X	X
142.	Zabieg operacyjny w zakresie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia)/dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych	40%	X	X
143.	Radykalne wycięcie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych z częściowym wycięciem wątroby	80%	X	X
144.	Pankreatoduodenektomia (operacja Whipplea, Traverso-Longmire'a) lub pankreatektomia częściowa	80%	X	
145.	Całkowite usunięcie lub przeszczep trzustki	100%	X	
146.	Inny niż określone w pkt 144-145 zabieg operacyjny w zakresie trzustki	50%	X	X
147.	Jednostronna operacja przepukliny pachwinowej	20%	X	X
148.	Inne niż określone w pkt 147 zabiegi operacyjne w zakresie przepuklin jednostronnych	30%	X	X
149.	Zabieg operacyjny przepukliny pępkowej	20%	X	X
150.	Zabieg operacyjny przepukliny (pachwinowej/udowej – obustronnej/przeponowej)	50%	X	X
151.	Zabiegi operacyjne naprawcze w zakresie ściany lub narządów jamy brzusznej	30%	X	X
152.	Przeszkórny drenaż jamy brzusznej	10%	X	X
153.	Inne niż określone w pkt 131-135 zabiegi operacyjne dwunastnicy/jelita cienkiego/jelita grubego	35%	X	X

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
154.	Nakłucie, nacięcie lub drenaż nerki/moczowodu/przestrzeni okołonerkowej/okołopęcherzowej	20%	X	X
155.	Częściowe wycięcie nerki	40%	X	X
156.	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40%	X	X
157.	Inny niż określone w pkt 154-156 zabieg operacyjny w obrębie międszu nerki/miedniczki nerkowej	30%	X	X
158.	Całkowite wycięcie nerki (nefrektomia)	60%	X	X
159.	Obustronne wycięcie nerek	100%	X	X
160.	Przeszczep nerki	80%	X	X
161.	Częściowe wycięcie moczowodu	50%	X	X
162.	Całkowite usunięcie moczowodu	60%	X	X
163.	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej/moczowodowo-skrónej (jednostronnie)	70%	X	X
164.	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skrónej/moczowodowo-skrónej (obustronnie)	90%	X	X
165.	Szycie, uwolnienie, umocowanie, podwiązanie lub przemieszczenie moczowodu/zamknięcie przetoki moczowodowej	20%	X	X
166.	Rewizja zespolenia moczowodowo-jelitowego	20%	X	X
167.	Inny niż określone w pkt 161-166 zabieg operacyjny w zakresie moczowodu	40%	X	X
168.	Zabieg operacyjny w obrębie pęcherza moczowego – przezcewkowy	10%	X	X
169.	Zabieg operacyjny wytworzenia przetoki pęcherzowo-skrónej (cystostomia, vesicostomia)	30%	X	X
170.	Rewizja, zamknięcie przetoki pęcherza (cystostomia, vesicostomia) lub nadłonowe wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza	15%	X	X
171.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50%	X	X
172.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	100%	X	X
173.	Zabieg operacyjny przetoki pęcherzowo-jelitowej lub innej przetoki pęcherzowej	40%	X	X
174.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80%	X	X
175.	Inny niż określone w pkt 168-174 zabieg operacyjny w zakresie pęcherza moczowego	30%	X	X
176.	Wycięcie cewki moczowej	80%	X	X
177.	Zabieg operacyjny naprawczy cewki (operacje przetoki, odtworzenie ciągłości, ujścia zewnętrznego)	20%	X	X
178.	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS]	20%	X	X
179.	Zabieg operacyjny nadłonowy z użyciem pętli podwieszającej	20%	X	X
180.	Sfałdowanie (plikacja) połączenia pęcherzowo cewkowego	20%	X	X
181.	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30%	X	X
182.	Inny niż określone w pkt 176-181 zabieg operacyjny w obrębie cewki moczowej, również endoskopowy (z wyjątkiem operacji spodziectwa, wierzchniactwa, wstrzyknięcia implantu)	15%	X	X
183.	Nacięcie tkanki okołopęcherzowej, drenaż lub uwolnienie zrostów – również okołonerkowych/okotomoczowodowych	20%	X	X
184.	Przezcewkowe wycięcie gruczołu krokowego	30%	X	
185.	Wycięcie żyłaków i wodniaka powrózka nasiennego	15%	X	X
186.	Wycięcie torbieli najądrza	10%	X	X
187.	Wycięcie obu jąder	80%	X	

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
188.	Prostatektomia nadłonowa lub załonowa	50%	X	
189.	Prostatektomia radykalna	60%	X	
190.	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	40%	X	
191.	Nacięcie, drenaż moszny lub osłonki pochwowej jądra/ropnia stercza	20%	X	X
192.	Szycie rany moszny, osłonki pochwowej jądra lub prącia	15%	X	X
193.	Zabieg operacyjny naprawczy moszny	30%	X	X
194.	Jednostronne wycięcie jądra	30%	X	X
195.	Inny niż określone w pkt 185-194 zabieg operacyjny w zakresie jądra/najądrza/powrózka nasiennego/nasieniowodu	20%	X	X
196.	Zabieg operacyjny naprawczy napletka	10%	X	X
197.	Miejsowe wycięcie chirurgiczne zmiany prącia lub moszny	10%	X	X
198.	Amputacja prącia	50%	X	X
199.	Odtworzenie prącia	80%	X	X
200.	Replantacja lub przyszywanie amputowanego prącia	80%	X	X
201.	Wycięcie, szycie tkanki jajnika/ów, przemieszczenie jajnika, reimplantacja lub umocowanie	25%	X	X
202.	Naprawa jajowodu/jajnika	30%	X	X
203.	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50%	X	
204.	Jednostronne usunięcie jajnika z/bez jajowodu	35%	X	X
205.	Usunięcie obu jajników z/bez jajowodów	80%	X	
206.	Otwarcie ropnia lub usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych	20%	X	X
207.	Zabieg operacyjny w zakresie jajowodów	30%	X	X
208.	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki szyjki macicy	30%	X	X
209.	Wycięcie szyjki macicy z równoczesną naprawą pochwy	40%	X	
210.	Szycie rozdarcia szyjki macicy lub zamknięcie przetoki	20%	X	
211.	Usunięcie chirurgiczne mięśniaka/mięśniaków macicy	30%	X	
212.	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (proste i poszerzone)	50%	X	
213.	Radykalne wycięcie macicy drogą brzuszną (operacja Wertheima)	60%	X	
214.	Inne niż określone w pkt 212-213 zabiegi operacyjne wycięcia macicy	40%	X	
215.	Wytrzewienie miednicy małej	100%	X	
216.	Zabieg operacyjny podwieszenia macicy, szycia rozdarcia lub zamknięcia przetoki	30%	X	
217.	Zabieg operacyjny w obrębie zagłębienia odbytniczno macicznego (zatoki Douglasa)	20%	X	X
218.	Wycięcie chirurgiczne zmiany tkanki pochwy/sromu, zamknięcie światła pochwy lub szycie pochwy/sromu/krocza	15%	X	X
219.	Całkowite wycięcie pochwy	30%	X	
220.	Zabieg operacyjny przetoki pochwowo-jelitowej lub innej	40%	X	X
221.	Naprawa pochwy/krocza lub odtworzenie pochwy	30%	X	X
222.	Marsupializacja lub wycięcie chirurgiczne torbieli gruczołu Bartholina	15%	X	X
223.	Amputacja techtaczk	20%	X	
224.	Radykalne wycięcie sromu	60%	X	
225.	Inny niż określone w pkt 221-224 zabieg operacyjny wycięcia sromu/przetoki sromu/krocza	30%	X	X

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
OPERACJE KRĘGOSŁUPA	226.	Wycięcie krążka międzykręgowego – usunięcie operacyjne przepukliny jądra miazdżystego na każdym poziomie	30%	X
	227.	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego lub tylnego	80%	X
	228.	Spondylodeza piersiowa, lędźwiowa, krzyżowa z dostępu przedniego lub tylnego	100%	X
	229.	Spondylodeza lędźwiowa lub lędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60%	X
	230.	Spondylodeza lędźwiowa lub lędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego	80%	X
	231.	Wertebroplastyka, kyfoplastyka lub tączenie trzonów kręgów (niezależnie od liczby kręgów)	15%	X
	232.	Wymiana krążka lub protezy krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (niezależnie od liczby krążków)	50%	X
ZABIEGI W ZAKRESIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO	233.	Zabieg operacyjny złamania kręgu	100%	X
	234.	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi ręki	15%	X
	235.	Zabieg operacyjny na mięśni/ścięgnię/rozciągnięci dłoniowym – wycięcie zmiany lub tkanek miękkich ręki	20%	X
	236.	Nacięcie mięśni/ścięgien/powięzi/kaletki (eksploracja pochewki ścięgna) z wyjątkiem ręki	10%	X
	237.	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi/rozciągnięta z wyjątkiem ręki	20%	X
	238.	Rekonstrukcja kciuka	50%	X
	239.	Przeszczep, rekonstrukcja mięśnia lub ścięgna (wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie), zabieg operacyjny naprawczy – w obrębie kończyny z wyjątkiem ręki	30%	X
	240.	Zabieg operacyjny naprawczy ręki – przeszczep mięśni/powięzi/ścięgna	40%	X
	241.	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny górnej lub dolnej	50%	X
	242.	Zabiegi operacyjne na mięśni/ścięgnię/rozciągnięci/powięzi/kaletce w obrębie kończyny (nacięcie, wycięcie, uwolnienie zrostów, szycie, drenaż)	15%	X

Zabieg operacyjny		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
ZABIEGI NA NACZYNIACH	243. Zabieg operacyjny w zakresie przewodu piersiowego	30%	X	X
	244. Chirurgicalne wycięcie naczynia tętniczego	30%	X	X
	245. Chirurgicalne wycięcie naczynia żylnego	30%	X	X
	246. Naprawa naczynia krwionośnego tętniczego (łatką)	40%	X	X
	247. Wprowadzenie, usunięcie filtra żyły głównej lub podwiązanie żyły głównej	30%	X	
	248. Szycie, zamknięcie, nacięcie lub naprawa naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły), embolektomia, trombektomia lub aterektomia (również przezskórna, laserowa, mechaniczna)	20%	X	X
	249. Wycięcie tętniaka z zespoleniem – inna lokalizacja	70%	X	X
	250. Zabiegi operacyjne naprawcze tętniaka – klipsowanie, embolizacja, klejenie lub podwiązanie	30%	X	X
	251. Podwiązanie lub wycięcie żyłaków żył kończyny dolnej lub innej żyły	20%	X	
	252. Zabiegi operacyjne naprawcze na naczyniach wewnątrzczaszkowych lub zabiegi operacyjne naprawcze głowy lub szyi	40%	X	X
	253. Pomost naczyniowy tętniczy: pomost aorta – tętnica podobojczykowa – tętnica szyjna wspólna, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy lub aortalno-trzewny	80%	X	X
	254. Inny niż określone w pkt 253 zabieg operacyjny wytworzenia zespolenia lub pomostu naczyniowego tętniczego	60%	X	X
	255. Śródbrzuszne zespolenie żyłne	50%	X	X
	256. Wewnątrznaczyniowy zabieg operacyjny naprawczy aorty brzusznej – wszczepienie stentu do aorty lub tętniaka (również stent aortalno-udowy)	80%	X	X
	257. Wszczep wewnątrznaczyniowy w obrębie aorty piersiowej	100%	X	X
	258. Wszczepienie stentu(ów) do tętnicy obwodowej	30%	X	X
OPERACJE PIERSI	259. Zabieg operacyjny w zakresie układu chłonnego (z wyjątkiem węzła wartowniczego)	30%	X	X
	260. Zabieg operacyjny wycięcia tkanki piersi	20%	X	X
	261. Jednostronne proste odjęcie piersi (mastektomia prosta)	30%	X	
	262. Obustronne proste odjęcie piersi	60%	X	
	263. Jednostronne radykalne odjęcie piersi (mastektomia radykalna)	50%	X	
	264. Obustronne radykalne odjęcie piersi	100%	X	
	265. Jednostronna podskórna mammektomia z/bez jednoczesnego wszczepu	40%	X	
	266. Całkowita rekonstrukcja piersi	40%	X	
	267. Inne niż określone w pkt 260-266 zabiegi operacyjne piersi/brodawki sutkowej	20%	X	X

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
268.	Częściowe wycięcie żuchwy (hemimandibulektomia, subtotalna resekcja żuchwy)	50%	X	X
269.	Całkowite wycięcie żuchwy	100%	X	X
270.	Zabieg operacyjny naprawczy z jednoczasową rekonstrukcją chirurgiczną lub protetyczną całkowitego usunięcia kości twarzy lub połowiczego wycięcia szczęki	60%	X	X
271.	Zabieg operacyjny naprawczy w zakresie innych kości twarzy, operacja ortognotychna lub osteoplastyka wielu kości	40%	X	X
272.	Naprawa stawu skroniowo-żuchwowego/żuchwy/szczęki (z wyjątkiem korekty bródki)	30%	X	X
273.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej/szczęki/żuchwy/zębodołu	30%	X	X
274.	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego, złamania innej kości twarzy	50%	X	X
275.	Przeszczep kostny kości twarzy lub wycięcie martwiaka (tącznie za wszystkie)	15%	X	X
276.	Osteotomia klinowa – topatka/obojczyk/klatka piersiowa/kość ramienna/promieniowa/tokciowa/udowa/piszczelowa/strzałkowa	50%	X	X
277.	Osteotomia klinowa – kości nadgarstka/śródręcza/kości stępu/śródstopia/paliczki palców stopy lub ręki – tącznie za wszystkie w danej lokalizacji	20%	X	X
278.	Osteotomia klinowa – inne kości (miednica, kręgi – tącznie za wszystkie)	50%	X	X
279.	Osteotomia klinowa – rzepka	30%	X	X
280.	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego lub zniekształceń innych palców	20%	X	X
281.	Miejscowe, częściowe lub całkowite wycięcie kości, w tym do przeszczepu – w zakresie paliczek niezależnie od liczby	10%	X	X
282.	Przeszczep kostny z banku kości, autogeny, heterogeny, wszczep wzmocniony, wszczep materiałów kościostępczych (każda lokalizacja)	20%	X	X
283.	Wprowadzenie, usunięcie wypełniacza przestrzeni kostnych lub usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości (każda lokalizacja, tącznie za wszystkie)	10%	X	X
284.	Założenie lub wymiana zewnętrznego stabilizatora kości	30%	X	X
285.	Zabieg operacyjny naprawczy kości (wyłącznie chirurgiczny z rekonstrukcją kości, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – topatka/obojczyk/klatka piersiowa/kość ramienna/promieniowa/tokciowa/udowa/piszczelowa/strzałkowa	50%	X	X
286.	Zabieg operacyjny naprawczy kości (wyłącznie chirurgiczny z rekonstrukcją kości, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – pozostałe kości (tącznie za wszystkie)	20%	X	X
287.	Zabieg operacyjny naprawczy kości (wyłącznie chirurgiczny z rekonstrukcją kości, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – miednica, kręgi (tącznie za wszystkie)	50%	X	X
288.	Założenie, wymiana lub usunięcie stabilizacji wewnętrznej kości (każda lokalizacja)	20%	X	X
289.	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna/kości przedramienia (promieniowa lub łokciowa) z wewnętrzną stabilizacją	40%	X	X
290.	Zamknięte lub otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – obojczyk/rzepka/kości nadgarstka/śródręcza/paliczki ręki/kości stępu/śródstopia	20%	X	X
291.	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa/kości podudzia (piszczelowa lub strzałkowa)	40%	X	X
292.	Zamknięte lub otwarte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10%	X	X
293.	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – miednica (tącznie za wszystkie)	60%	X	X

	Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Zakres ochrony właściwy dla Ubezpieczonego dziecka
ZABIEGI W OBRĘBIE KOŚCI I STAWÓW	294. Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50%	X	X
	295. Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa lub łokciowa	40%	X	X
	296. Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50%	X	X
	297. Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa lub strzałkowa	40%	X	X
	298. Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – miednica (łącznie za wszystkie)	80%	X	X
	299. Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania – wszystkie lokalizacje	10%	X	X
	300. Nastawienie zwichnięcia	10%	X	X
ZABIEGI NAPRAWCZE W ZAKRESIE STAWÓW	301. Artroskopia stawów – kolanowego, barkowego, nadgarstka, stopy i innych (nacięcie lub wycięcie struktur stawu)	20%	X	X
	302. Artrotomia, Artrostomia (nacięcie struktur stawu) lub zabieg operacyjny w zakresie tkanek miękkich narządu ruchu	10%	X	X
	303. Korekcja zabiegu operacyjnego ciężkich deformacji stopy	30%	X	X
	304. Synowiektomia chirurgiczna – niezależnie od liczby stawów	10%	X	X
	305. Zabieg operacyjny otwartego stawu biodrowego, również rewizyjna	50%	X	X
	306. Zabieg operacyjny otwartego stawu kolanowego, również rewizyjna	50%	X	X
	307. Zabieg operacyjny łętki (szycie, operacja naprawcza, wycięcie lub przeszczep)	25%	X	X
	308. Naprawa stawu kolanowego – również artroskopowa, z wyjątkiem naprawy więzadeł	30%	X	X
	309. Naprawa więzadeł krzyżowych kolana lub rekonstrukcja więzadeł pobocznych kolana – również artroskopowa	10%	X	X
	310. Rekonstrukcja więzadeł krzyżowych kolana – również artroskopowa	30%	X	X
	311. Naprawa stawu skokowego – osteotomia lub usztywnienie – również artroskopowa	50%	X	X
	312. Wymiana dużego stawu kończyny – biodrowego, kolanowego, barkowego, łokciowego, skokowego, lub nadgarstka – endoprotezoplastyka całkowita, częściowa lub zabieg operacyjny rewizyjny	50%	X	
	313. Wymiana stawów stopy lub dłoni – niezależnie od liczby stawów	10%	X	
	314. Szycie torebki stawowej lub więzadeł kończyny	15%	X	X
	315. Naprawa stawu skroniowo-żuchwowego	30%	X	X
AMPUTACJE I REPLANTACJE	316. Amputacja lub wytuszczenie palca ręki/stopy w stawie	20%	X	X
	317. Amputacja w zakresie kończyny górnej lub wytuszczenie w stawie barkowym	40%	X	X
	318. Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	50%	X	X
	319. Amputacja w zakresie kończyny dolnej poniżej kolana	30%	X	X
	320. Wytuszczenie w stawie kolanowym, biodrowym lub amputacja powyżej kolana	50%	X	X
	321. Brzusšno-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80%	X	X
	322. Replantacja kończyny	100%	X	X
	323. Rewizja kikuta, powtórna amputacja kikuta po amputacji, wszczep lub dopasowanie protezy kończyny	10%	X	X
	324. Replantacja w zakresie kończyny z wyjątkiem palców	50%	X	X
	325. Replantacja palca dłoni lub stopy	10%	X	X

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU WSKUTEK WYPADKU

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2-4; § 4 ust. 2-3; § 14; § 15 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1; Tabela nr 1 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego niebędącego Ubezpieczonym dzieckiem wskutek wypadku oraz Tabela nr 2 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka wskutek wypadku, stanowiące Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3; § 3; postanowienia w Załączniku nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku, od słów „Uwagi” lub „Uwaga”, znajdujące się: a) powyżej Tabeli nr 1 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem wskutek wypadku, b) powyżej Tabeli nr 2 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka, c) w Tabeli nr 1 trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem wskutek wypadku w lit. C1, C5, F1, H1.05, I1, I2, I3, K1, Ł1, P2, P6 z uwzględnieniem definicji z § 1

3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 10 ust. 1, 2, 4-6 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe § 12 ust. 1 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe
---	--

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia, zawierasz z nami, czyli z Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółką Akcyjną, umowę dodatkową – **Trwały uszczerbek na zdrowiu** wskutek **wypadku**. Nazywamy ją w dalszej części warunków ubezpieczenia **umową dodatkową**.

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Do tych warunków ubezpieczenia dotaczyliśmy załącznik nr 1 zawierający Tabelę nr 1 **trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego** niebędącego **Ubezpieczonym dzieckiem** wskutek **wypadku** oraz Tabelę nr 2 **trwałych uszczerbków na zdrowiu Ubezpieczonego dziecka** wskutek **wypadku**.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2% alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
5) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
6) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
7) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
8) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
9) rana	uszkodzenie skóry i tkanki podskórnej wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, to jest opracowania rany poprzez jej zszycie przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek, kleju tkankowego, pasków lub plastrów chirurgicznych lub wycięcie tkanek martwiczych.
10) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
11) rok polisowy	okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy głównej a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy oraz każdy okres rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy (począwszy od pierwszej) a kończący w dniu bezpośrednio poprzedzającym następną rocznicę polisy .
12) trwały uszczerbek na zdrowiu	trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nie- równocześnie poprawy.

13) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
14) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
15) wyczynowe uprawianie sportu	uprawianie dyscyplin sportowych polecające na regularnym uczestniczeniu w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz udział w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych.
16) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
17) zamieszki	demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolienia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.
18) zawodowe uprawianie sportu	uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki.
19) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, które polega na wystąpieniu u Ubezpieczonego w następstwie wypadku trwałego uszczerbku na zdrowiu .

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. Wypłacimy świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu **sumy ubezpieczenia** w przypadku, gdy w ciągu 6 miesięcy od dnia **wypadku** ujawni się **trwały uszczerbek na zdrowiu** wskazany w załączniku nr 1:
a) w tabeli nr 1 – w odniesieniu do **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, albo
b) w tabeli nr 2 – w odniesieniu do **Ubezpieczonego dziecka**.
3. W **umowie ubezpieczenia** wskażemy wysokość świadczeń za 1% i za 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Górna granica naszej odpowiedzialności z tytułu tej **umowy dodatkowej** wynosi maksymalnie 100% **trwałego uszczerbku na zdrowiu**.
4. Za każdy 1% **trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego** wypłacimy 1% **sumy ubezpieczenia** z tytułu **trwałego uszczerbku na zdrowiu**. Wysokość **trwałego uszczerbku na zdrowiu** przyjmowana jest na podstawie załącznika nr 1 do tej **umowy dodatkowej**.
5. Wysokość **sumy ubezpieczenia** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Nie wypłacimy świadczenia za **zdarzenie ubezpieczeniowe**, które powstało wskutek:
a) działania **Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu**, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków

- zastępczych, lub nowych substancji psychoaktywnych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których **Ubezpieczony** był pasażerem lub członkiem załogi statku powietrznego **licencjonowanych linii lotniczych**,
- c) popełnienia przez **Ubezpieczonego** umyślnego przestępstwa stwierdzonego prawomocnym wyrokiem sądu,
- d) czynnego udziału **Ubezpieczonego** w **aktach stanu wojennego lub działaniach wojennych**, przebywania na terenach objętych **aktami stanu wojennego lub działaniami wojennymi**, czynnego i niezgodnego z prawem udziału **Ubezpieczonego** w **aktach przemocy, aktach terroru lub zamieszkach**,
- e) w wariantcie standardowym czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską, skałkowa lub lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., pustyni, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarsstwo morskie lub oceaniczne,
- f) w wariantcie sportowym czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych: nurkowanie na głębokości przekraczającej 40 m, nurkowanie we wrakach lub jaskiniach, speleologia, górskie spływy wodne lub canyoning, skoki do wody poza basenem, wspinaczka górską powyżej 4000 m n.p.m., wspinaczka lodowa, narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo lub snowboarding akrobatyczny, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), lotniarstwo, baloniarstwo, motolotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, skoki na linie, skoki spadochronowe, skoki powietrzne z wysokości, sporty motorowe lub motorowodne, wyścigi lub rajdy samochodowe lub motocyklowe, sporty walki, wyścigi konne, wyprawy do obszarów podbiegunowych, buszu, dżungli, lodowców, wysokich gór powyżej 4000 m n.p.m., pustyni, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running), żeglarsstwo morskie powyżej 25 mil morskich od brzegu, żeglarsstwo oceaniczne uprawiane na jednostce przewidzianej na mniej niż troje członków załogi lub, powyżej 25 mil morskich od brzegu,
- g) w wariantcie standardowym **wyczynowego uprawiania sportu**,
- h) w wariantcie sportowym **wyczynowego uprawiania sportu** innych dyscyplin niż wskazane w §4 ust. 3 lit. c),
- i) **zawodowego uprawiania sportu**,
- j) uczestniczenia **Ubezpieczonego** w zawodach, jako kierowcy, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem jazdy próbnych lub testowych do tych zawodów,
- k) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- l) poddania się przez **Ubezpieczonego** leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowemu, chyba że przeprowadzenie go było zalecane przez lekarza,
- m) zatrucia się przez **Ubezpieczonego** substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku **wypadku**,
- n) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez **Ubezpieczonego**, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek **wypadku**,
- o) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) **Ubezpieczonego**,
- p) zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania **Ubezpieczonego** w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- q) prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym bez wymaganych uprawnień

do kierowania pojazdem, jeżeli fakt braku uprawnień miał wpływ na powstanie **wypadku**, lub prowadzenia przez **Ubezpieczonego** pojazdu w rozumieniu prawa o ruchu drogowym niedopuszczonego do ruchu zgodnie z właściwymi przepisami prawa, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie **wypadku**.

- Nasza odpowiedzialność z tytułu wystąpienia u **Ubezpieczonego** **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie obejmuje: pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwic.
- Nasza odpowiedzialność nie obejmuje **zdarzenia ubezpieczeniowego**, którego przyczyną było nadwyrężenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.
- W razie wystąpienia kilku **trwałych uszczerbków na zdrowiu** w następstwie jednego **wypadku**, wartości procentowe **trwałych uszczerbków na zdrowiu** podlegają zsumowaniu, maksymalnie jednak do wartości 100%.
- Przy ustalaniu **trwałego uszczerbku na zdrowiu** w następstwie **wypadku** nie bierzemy pod uwagę rodzaju pracy zawodowej wykonywanej przez **Ubezpieczonego**.
- Jeżeli **Ubezpieczony** zmarł, a **stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu** nie został wcześniej określony, to **stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu** określa się na podstawie zgromadzonej dokumentacji.

§ 4. WARIANTY UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczony** może zostać objęty ochroną ubezpieczeniową w jednym z dwóch wariantów: w wariantcie standardowym albo w wariantcie sportowym.

2. Wariant standardowy

W ramach wariantu standardowego ochroną ubezpieczeniową objęte są (powstałe w następstwie **wypadku**, ujawnione w okresie 6 miesięcy od dnia **wypadku**) **trwałe uszczerbki na zdrowiu** wymienione w załączniku nr 1 do tej umowy dodatkowej.

3. Wariant sportowy

W ramach wariantu sportowego ochroną ubezpieczeniową objęte są (powstałe w następstwie wypadku, ujawnione w okresie 6 miesięcy od dnia **wypadku**):

- trwałe uszczerbki na zdrowiu** wymienione w załączniku nr 1 do tej umowy dodatkowej,
- trwałe uszczerbki na zdrowiu** wymienione w załączniku nr 1 do tej umowy dodatkowej, powstałe wskutek **wyczynowego uprawiania** następujących dyscyplin sportowych:

- | | |
|---|--|
| • baseball, | • saneczkarstwo z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, |
| • biathlon, | • skateboarding, |
| • bobsleje, | • skoki narciarskie, |
| • futbol amerykański, | • piłka: ręczna, nożna, siatkowa, koszykowa, |
| • gimnastyka sportowa i akrobatyczna, | • podnoszenie ciężarów, |
| • hokej, | • polo, |
| • jeździectwo (z wyłączeniem wyścigów konnych), | • rugby, |
| • kajakerstwo z wyłączeniem górskich spływów wodnych i canyoningu, | • rolkarstwo i wrotkarstwo, |
| • kolarstwo górskie z wyłączeniem odmian ekstremalnych (odmiany ekstremalne to: zjazd freeride, downhill, dual slalom, four cross, dirt jumping), | • runmagedon, |
| • kolarstwo torowe i szosowe, | • snowboarding z wyłączeniem akrobacji oraz snowboardingu, poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, |
| • kulturystyka, | • squash, |
| • lekkoatletyka, | • surfing i wszystkie jego odmiany, |
| • tyżwiarstwo figurowe i szybkie, | • szermierka, |
| • narciarstwo biegowe, | • sztuki walki bez użycia broni (aikido, judo, karate, kung-fu, taekwondo, kendo, jiu-jitsu), |
| • narciarstwo wodne, | • tenis ziemny, |
| • wakeboarding z wyłączeniem akrobacji, | • triathlon, |
| • narciarstwo zjazdowe z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, | • wieloboje lekkoatletyczne, |
| | • wioślarstwo, |
| | • żeglarsstwo śródlądowe |

- trwałe uszczerbki na zdrowiu** wymienione w załączniku nr 1 do tej umowy dodatkowej, powstałe wskutek czynnego udziału **Ubezpieczonego** w następujących aktywnościach sportowych:

- nurkowanie na głębokości nieprzekraczającej 40 m (z wyłączeniem nurkowania we wrakach i jaskiniach),
 - wspinaczka górską poniżej 4000 m n.p.m., wspinaczka skałkowa,
 - żeglarstwo morskie do 25 mil morskich od brzegu, żeglarstwo oceaniczne uprawiane na jednostce przewidzianej na co najmniej troje członków załogi, do 25 mil morskich od brzegu.
4. Wariant ubezpieczenia dla danego **Ubezpieczonego** wybierasz na etapie składania wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
 5. Wariant ubezpieczenia wybrany dla danego **Ubezpieczonego** możesz zmienić w trakcie trwania **umowy dodatkowej**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpieczonego** oraz nasza akceptacja. Zmianę wariantu ubezpieczenia – a co za tym idzie – zmianę wysokości składki i **sumy ubezpieczenia**, potwierdzimy aneksem do **polisy**.

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

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

§ 5. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. Umowę dodatkową możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** (w tym również **Ubezpieczonego dziecka**) objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**, o ile umowa główna przewiduje taką możliwość.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 69 lat, a w przypadku **Ubezpieczonego dziecka** nie ma ukończonych 25 lat.

§ 6. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

1. Umowę dodatkową zawiera się na podstawie wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej**.
2. Możesz zawrzeć **umowę dodatkową** wraz z zawarciem **umowy głównej** lub w trakcie jej obowiązywania.
3. Na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie **umowy dodatkowej** oraz na podstawie dotychczasowych do niego dokumentów, oceniamy ryzyko ubezpieczeniowe, w wyniku czego możemy:
 - a) zaakceptować Twój wniosek i zawrzeć **umowę dodatkową** na zaproponowanych przez Ciebie warunkach,
 - b) odmówić zawarcia **umowy dodatkowej** ze względu na niezaakceptowanie ryzyka ubezpieczeniowego,
 - c) zaproponować Ci zawarcie **umowy dodatkowej** na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ciebie wniosku.
4. Zawarcie **umowy dodatkowej** potwierdzimy poprzez wystawienie **polisy** lub aneksu do **polisy**.
5. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną przez Ciebie ofertę doręczymy Ci **polisę** lub aneks do **polisy** zawierający postanowienia, które odbiegają na Twoją niekorzyść od treści złożonej oferty, jesteśmy zobowiązani zwrócić Ci na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu i wyznaczyć Ci co najmniej 7-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. Jeśli nie dopełnimy tego obowiązku, zmiany wprowadzone na Twoją niekorzyść nie są skuteczne, a **umowa dodatkowa** jest zawarta zgodnie z warunkami oferty. Jeśli nie wniesiesz sprzeciwu **umowa dodatkowa** dochodzi do skutku zgodnie z treścią **polisy** lub aneksu do **polisy** następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
6. Jeżeli odmówimy zawarcia **umowy dodatkowej** lub wniesiesz sprzeciw, o którym mowa w ustępie powyżej, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie

zawarcia **umowy dodatkowej** lub odpowiednio daty złożenia nam sprzeciwu.

7. Ochrona ubezpieczeniowa rozpocznie się nie wcześniej niż następnego dnia po dniu, w którym zapłacisz składkę z tytułu **umowy dodatkowej**.
8. Jeżeli zawrzesz **umowę dodatkową** w trakcie obowiązywania **umowy głównej** to ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** rozpocznie się w najbliższą **miesięcznicę polisy**, z zastrzeżeniem ust. 7.
9. Dzień rozpoczęcia ochrony z tytułu **umowy dodatkowej** potwierdzimy w **polisie** lub aneksie do **polisy**.

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

1. Umowę dodatkową zawierasz z nami na okres 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu, który nie jest **rocznicą polisy** – wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polisy** oraz przez 4 kolejne lata, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 70 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** ochroną objęte jest **Ubezpieczone dziecko**,
 - g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - h) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 8. Odstąpienie od umowy dodatkowej

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od **umowy dodatkowej**, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostało wysłane przed jego upływem.
3. W przypadku odstąpienia od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 9. Wypowiedzenie umowy dodatkowej

1. Możesz wypowiedzieć **umowę dodatkową** w każdym czasie, jeśli złożysz nam oświadczenie o wypowiedzeniu. **Umowa dodatkowa** ulega wówczas rozwiązaniu z dniem najbliższej **miesięcznicy polisy**.

2. W przypadku wypowiedzenia **umowy dodatkowej** zwrócimy Ci wpłaconą składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 7 dni od daty jej rozwiązania.

§ 10. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek, w zależności od wysokości **sumy ubezpieczenia**, wieku **Ubezpiezonego** oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Wysokość składki w poszczególnych 5-letnich okresach trwania **umowy dodatkowej** jest stała, chyba że zdecydujesz się na indeksację **sumy ubezpieczenia**, o której mowa w § 11 tych warunków ubezpieczenia. W wyniku tego składka podwyższy się.
5. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym 5-letnim okresie trwania **umowy dodatkowej**. W takiej sytuacji – najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego okresu ochrony – doręczymy Ci propozycję zmiany wysokości składki w kolejnym okresie trwania **umowy dodatkowej**.
6. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

§ 11. INDEKSACJA

1. Indeksacja polega na podwyższeniu o wskaźnik indeksacji **sumy ubezpieczenia**. Ma ona na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia. W wyniku indeksacji podwyższa się część składki z tytułu **umowy dodatkowej** należnej za to świadczenie.
2. O skorzystaniu z indeksacji możesz zdecydować w **rocznicę polisy**.
3. Przed **rocznicą polisy** możemy określić wskaźnik indeksacji i na jego podstawie zaproponować Ci nową wysokość **sumy ubezpieczenia** oraz składki z tytułu **umowy dodatkowej** uwzględniającą świadczenie podlegające indeksacji.
4. Jako wskaźnik indeksacji przyjmujemy średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS na koniec września danego roku kalendarzowego, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji **sumy ubezpieczenia** w umowach, których rocznica polisy przypada w następnym roku kalendarzowym.
5. Możesz przyjąć przygotowaną przez nas propozycję indeksacji lub zrezygnować z niej.
6. Odmowa indeksacji wymaga złożenia przez Ciebie oświadczenia. Jeśli Twoje oświadczenie dotyczące propozycji indeksacji nie wpłynęło do nas w terminie 30 dni od otrzymania propozycji indeksacji, będziemy to traktować jako przyjęcie proponowanej indeksacji.
7. Jeśli rezygnujesz z indeksacji przez trzy kolejne lata polisowe, to nie przygotowujemy dla Ciebie kolejnych propozycji indeksacji. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz złożyć nam wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.
8. W każdym momencie trwania **umowy dodatkowej** możesz także złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji. Oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji możesz też złożyć nam razem z wnioskiem o zawarcie **umowy dodatkowej**.
9. Nie proponujemy Ci indeksacji w **rocznicę polisy** przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe, o ile **umowa główna** przewiduje takie możliwości.

§ 12. ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość **sumy ubezpieczenia** możesz zmienić w każdej **miesięcznicę polisy**. Potrzebny jest do tego Twój wniosek, zgoda **Ubezpiezonego** oraz nasza akceptacja. Zmiana **sumy ubezpieczenia** powoduje zmianę wysokości składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Z prawa do podwyższenia **sumy ubezpieczenia** w trakcie trwania **umowy dodatkowej** możesz skorzystać tylko wtedy, gdy w momencie złożenia wniosku od podwyższenia **sumy ubezpieczenia** wiek **Ubezpiezonego** nie przekracza 69 lat.

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

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

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 14. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** została zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpiezonego**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 15. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpiezonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas

wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.

3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
4. Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
5. Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
6. Bezporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
7. Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz **Ubezpieczonego**, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego**, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek (jeżeli nie są oni zgłaszającymi roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W tej informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 16. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

1. Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - a) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - c) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
2. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
3. Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
4. Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyrażając na prośbę osoby, która ją złożyła.

5. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniom udostępniamy na naszej stronie internetowej allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 17. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

1. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
2. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
3. W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 18. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** i my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
3. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
4. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
5. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 48/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

TABELA NR 1 TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO NIE BĘDĄCEGO UBEZPIECZONYM DZIECKIEM WSKUTEK WYPADKU

Uwagi:

OCENA POWIERZCHNI OPARZENIA:

a) Reguła dziewiątek Wallace'a:

Podane w tabeli wartości liczbowe odpowiadają powierzchni danej części ciała **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem**, wyrażonej jako procent całkowitej powierzchni ciała.

Powierzchnia ciała Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczonym dzieckiem	Procent całkowitej powierzchni ciała
GŁOWA I SZYJA	9%
KOŃCZYNA GÓRNA CAŁA	9%
KOŃCZYNA DOLNA CAŁA	18%
TUŁOŦ PRZÓD (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej)	18%
TUŁOŦ TYŁ	18%
KROCZE	1%

b) Reguła dłoni

Według niej powierzchnia dłoni osoby oparzonej odpowiada 1% łącznej powierzchni jej ciała. (reguła ta nie odnosi się do dzieci).



TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
CZĘŚĆ I		
A	OPARZENIA	
A1	oparzenia skóry ciała	
A1.01	oparzenia I stopnia ponad 60% powierzchni ciała	5%
A1.02	oparzenia dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10%
A1.03	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	3%
A1.04	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	5%
A1.05	oparzenia twarzy powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	8%
A1.06	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko jeden palec	1%
A1.07	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – tylko dwa palce	2%
A1.08	oparzenia dłoni powyżej I stopnia oparzenia – trzech lub więcej palców	3%
A1.09	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość poniżej 2 cm x 2 cm	1%
A1.10	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość 2 cm x 2 cm do 4 cm x 4 cm	2%
A1.11	oparzenia dłoni (poza palcami), powyżej I stopnia oparzenia – wielkość powyżej 4 cm x 4 cm	3%
A1.12	oparzenia krocza – niezależnie od wielkości oparzeń	3%
A1.13	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – oparzenia poniżej 1% powierzchni ciała	1%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
A1.14	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – oparzenia 1–4% powierzchni ciała	2%
A1.15	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – oparzenia 5–14% powierzchni ciała	6%
A1.16	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – oparzenia 15–30% powierzchni ciała	10%
A1.17	inne oparzenia powyżej I stopnia oparzenia (poza twarzą, dłonią i kroczem) – oparzenia powyżej 30% powierzchni ciała	15%
B	ODMROŻENIA	
B1	odmrożenia II i III stopnia	
B1.01	odmrożenie tylko 1 palca dłoni lub stopy	1%
B1.02	odmrożenia licznych palców dłoni lub stopy (niezależnie od liczby odmrożonych licznych palców)	4%
B1.03	odmrożenia nosa lub ucha/uszu	3%
C	USZKODZENIA GŁOWY	
C1	rany powłok czaszki (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok czaszki wymienionych w pkt C1.01-C1.03 nie może przekroczyć 5%	
C1.01	rana skóry głowy – do 4 cm długości	1%
C1.02	rana skóry głowy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	2%
C1.03	liczne rany skóry głowy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	5%
C1.04	utrata skóry owłosionej (oskalpowanie) – jeżeli ponad 75% powierzchni	25%
C2	złamanie kości sklepienia i podstawy czaszki	

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
C2.01	złamanie jednej kości podstawy czaszki	5%
C2.02	złamanie dwóch lub więcej kości podstawy czaszki	10%
C2.03	złamanie jednej kości sklepienia czaszki	3%
C2.04	złamanie dwóch kości sklepienia czaszki	6%
C2.05	złamanie trzech lub więcej kości sklepienia czaszki	9%
C2.06	ubytek pełnej grubości kości każdego rozmiaru (dodatkowo)	10%
C3	złamanie kości twarzoczaszki (oczodołu, szczęki, kości jarzmowej)	
C3.01	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	3%
C3.02	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	6%
C3.03	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone tylko zachowawczo	9%
C3.04	złamanie jednej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	5%
C3.05	złamanie dwóch kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	10%
C3.06	złamanie trzech lub więcej kości twarzoczaszki leczone operacyjnie	15%
C4	uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
C4.01	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – do 5 dni pobytu w szpitalu	2%
C4.02	wstrząśnienie mózgu z pobytem w szpitalu – powyżej 5 dni pobytu w szpitalu	5%
C4.03	krwiak śródczaszkowy, potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczony tylko zachowawczo	10%
C4.04	krwiak śródczaszkowy leczony operacyjnie	20%
C5	uszkodzenia twarzy (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran powłok twarzy nie może przekroczyć 12%	
C5.01	jedna rana powłok twarzy – do 4 cm długości	2%
C5.02	jedna rana powłok twarzy – powyżej 4 cm do 10 cm długości	6%
C5.03	liczne rany powłok twarzy (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	12%
C6	uszkodzenia nosa	
C6.01	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone tylko zachowawczo	3%
C6.02	złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie	5%
C6.03	utrata części nosa	7%
C6.04	utrata nosa w całości (z kośćmi nosa)	25%
C7	utrata zębów	
C7.01	utrata częściowej korony zęba (za każdy ząb)	0,5%
C7.02	utrata całkowitej korony zęba (za każdy ząb)	1%
C7.03	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – siekacze, kły	2%
C7.04	utrata zęba wraz z korzeniem (za każdy ząb) – pozostałe zęby	1 %

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
C8	uszkodzenia żuchwy	
C8.01	złamanie żuchwy leczone tylko zachowawczo	3%
C8.02	złamanie żuchwy leczone operacyjnie	5%
C8.03	utrata częściowa żuchwy	15%
C8.04	utrata całkowita żuchwy	40%
C9	uszkodzenia języka	
C9.01	rana języka	1%
C9.02	częściowa utrata języka	3%
C9.03	utrata języka w całości	40%
D	USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU	
D1	utrata wzroku	
D1.01	całkowita pourazowa utrata wzroku w jednym oku	30%
D1.02	całkowita pourazowa utrata wzroku w obu oczach	100%
D1.03	utrata gałki ocznej	40%
D1.04	utrata dwóch gałek ocznych	100%
D2	uszkodzenia gałki ocznej	
D2.01	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D2.02	uszkodzenie gałki ocznej z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D2.03	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	15%
D2.04	uszkodzenie obu gałek ocznych z częściowym obniżeniem ostrości wzroku w obu oczach (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	25%
D3	odwarstwienie siatkówki	
D3.01	odwarstwienie siatkówki jednego oka bez obniżenia ostrości wzroku	2%
D3.02	odwarstwienie siatkówki jednego oka z obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,7)	5%
D3.03	odwarstwienie siatkówki jednego oka z obniżeniem ostrości wzroku w jednym oku (obniżenie ostrości wzroku do 0,6 lub mniejszej)	10%
D3.04	odwarstwienie siatkówki jednego oka z całkowitą utratą wzroku	35%
D4	jaskra wtórna i wytrzeszcz	
D4.01	jaskra wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy	3%
D4.02	wytrzeszcz tętniący pourazowy	30%
D5	utrata soczewki i uszkodzenie przewodów łzowych	
D5.01	utrata soczewki w jednym oku (bezsoczewkowość pourazowa)	15%
D5.02	utrata soczewek obu oczu	30%
D5.03	uszkodzenie przewodów łzowych w jednym oku leczone operacyjnie	5%
D5.04	uszkodzenie przewodów łzowych w obu oczach leczone operacyjnie	12%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
E	USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU	
E1	pourazowa utrata słuchu	
E1.01	całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20%
E1.02	całkowita utrata słuchu w obu uszach	50%
E1.03	częściowa utrata słuchu w jednym uchu	5%
E1.04	częściowa utrata słuchu w obu uszach	10%
E2	uszkodzenia małżowiny usznej	
E2.01	jedna lub więcej ran małżowiny usznej	1%
E2.02	utrata lub zniekształcenie małżowiny lub jej części	2%
E2.03	utrata części małżowiny leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	7%
E2.04	utrata małżowiny w całości	15%
E3	uszkodzenia ucha wewnętrznego	
E3.01	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu i zaburzeniami równowagi bez pęknięcia kości skalistej	20%
E3.02	uszkodzenia ucha wewnętrznego z upośledzeniem słuchu, zaburzeniami równowagi i pęknięciem kości skalistej	25%
F	USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU	
F1	uszkodzenia szyi (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry szyi nie może przekroczyć 4%	
F1.01	jedna rana skóry szyi – do 4 cm długości	1%
F1.02	jedna rana skóry szyi – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
F1.03	liczne rany skóry szyi (co najmniej 3) – tłocznie lub rana powyżej 10 cm długości	4%
F1.04	uszkodzenie tkanek miękkich szyi leczone operacyjnie	4%
F2	uszkodzenia krtani, tchawicy, przełyku, gardła	
F2.01	uszkodzenie tchawicy leczone operacyjnie	8%
F2.02	uszkodzenie krtani leczone operacyjnie	10%
F2.03	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie bez rekonstrukcji narządu	10%
F2.04	ubytek podniebienia	15%
F2.05	uszkodzenie gardła lub przełyku leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	25%
G	USZKODZENIA W OBRĘBIE KŁATKI PIERSIOWEJ	
G1	uszkodzenia klatki piersiowej, grzbietu (z wyjątkiem oparzeń)	
G1.01	jedna rana skóry klatki piersiowej	1%
G1.02	dwie lub więcej ran klatki piersiowej	3%
G1.03	uszkodzenie tkanek miękkich klatki piersiowej, grzbietu leczone operacyjnie	2%
G2	pourazowe uszkodzenia sutka, piersi	
G2.01	uszkodzenie brodawki sutka lub sutka	5%
G2.02	częściowa lub całkowita utrata piersi	15%
G3	złamanie żeber, mostka	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
G3.01	złamanie żebra (za każde żebro, do 4 żeber)	0,5%
G3.02	złamanie od 5 do 10 żeber	5%
G3.03	złamanie powyżej 10 żeber	10%
G3.04	złamanie mostka	3%
G4	uszkodzenia płuc, odma	
G4.01	uszkodzenie płuc i opłucnej – stłuczenie	1%
G4.02	krwiak/odma opłucnej nie wymagające drenażu	2%
G4.03	krwiak/odma opłucnej wymagające drenażu	4%
G4.04	krwiak/odma leczone operacyjnie	10%
G4.05	utrata części płuca	15%
G4.06	utrata płuca w całości	30%
G5	uszkodzenie serca	
G5.01	uszkodzenie serca wymagające naktucia (odbarczenia osierdzia)	10%
G5.02	uszkodzenie serca wymagające torakotomii (otwarcia klatki piersiowej)	30%
H	USZKODZENIA JAMY BRZUSZNEJ	
H1	uszkodzenia jamy brzusznej (z wyjątkiem oparzeń)	
H1.01	uszkodzenia powłok jamy brzusznej – jedna rana skóry	1%
H1.02	uszkodzenie powłok jamy brzusznej – dwie lub więcej ran skóry	3%
H1.03	uszkodzenie mięśni leczone operacyjnie	2%
H1.04	uszkodzenie dużych naczyń jamy brzusznej i miednicy leczone operacyjnie	10%
H1.05	uszkodzenie powłok jamy brzusznej leczone operacyjnie z otwarciem jamy otrzewnej (laparotomia) Uwaga: Uszczerbku z tej pozycji nie sumuje się z uszczerbkami z zakresu uszkodzenia jamy brzusznej wymienionymi w ust. H2-H5	5%
H2	uszkodzenia przepony, żołądka, jelit, odbytu	
H2.01	uszkodzenie przepony leczone operacyjnie	10%
H2.02	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.03	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – gastrotomia	10%
H2.04	uszkodzenie żołądka leczone operacyjnie – resekcja	15%
H2.05	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – zeszyście, drenaż	8%
H2.06	uszkodzenie jelita leczone operacyjnie – resekcja, ileostomia, kolostomia, jejunostomia	15%
H2.07	uszkodzenie odbytu leczone operacyjnie – zeszyście	3%
H2.08	uszkodzenie zwieracza odbytu leczone operacyjnie	10%
H3	uszkodzenia śledziony	
H3.01	pęknięcie śledziony leczone tylko zachowawczo	2%
H3.02	pęknięcie śledziony leczone operacyjnie	5%
H3.03	utrata śledziony do 18 roku życia	20%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
H3.04	utrata śledziony po 18 roku życia	15%
H4	uszkodzenia wątroby, trzustki, przewodów żółciowych i pęcherzyka żółciowego	
H4.01	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki (krwaki, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H4.02	uszkodzenia wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki leczone operacyjnie	15%
H4.03	utrata całkowita wątroby lub trzustki	100%
H5	uszkodzenia narządów moczowo-płciowych	
H5.01	uszkodzenia jednej nerki lub obu nerek (krwaki, pęknięcie narządu) leczone tylko zachowawczo , z wyjątkiem stłuczeń	2%
H5.02	uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek leczone operacyjnie	5%
H5.03	utrata jednej nerki	30%
H5.04	utrata obu nerek	100%
H5.05	uszkodzenia pęcherza leczone tylko zachowawczo	2%
H5.06	uszkodzenia pęcherza leczone operacyjnie	10%
H5.07	całkowita utrata pęcherza	50%
H5.08	uszkodzenia cewki moczowej leczone tylko zachowawczo	5%
H5.09	uszkodzenia cewki moczowej leczone operacyjnie	15%
H5.10	uszkodzenia moczowodu leczone operacyjnie	7%
H5.11	częściowa utrata prącia	10%
H5.12	całkowita utrata prącia	40%
H5.13	uszkodzenia jądra, jajnika w tym krwaki i wodniak leczone tylko zachowawczo	2%
H5.14	uszkodzenia jądra, jajnika leczone operacyjnie	5%
H5.15	utrata jednego jądra, jajnika	20%
H5.16	utrata obu jąder, jajników	40%
H5.17	utrata macicy	30%
H5.18	rana powłok narządów moczowo-płciowych	2%
H5.19	głębokie uszkodzenia krocza, prącia, worka mosznowego, sromu, pochwy obejmujące też mięśnie, powięź, leczone operacyjnie	7%
I	USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA	
I1	uszkodzenia kręgosłupa szyjnego uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 30%	
I1.01	skręcenie kręgosłupa szyjnego	1%
I1.02	zwichnięcie kręgosłupa szyjnego	2%
I1.03	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I1.04	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I1.05	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
I2	uszkodzenia kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1-Th11 nie może przekroczyć 25%	
I2.01	skręcenie kręgosłupa piersiowego	1%
I2.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I2.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I2.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I3	uszkodzenia kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12- L5 uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12-L5 nie może przekroczyć 30%	
I3.01	skręcenie w odcinku piersiowo-lędźwiowym	1%
I3.02	złamania kręgów leczone tylko zachowawczo (za każdy)	5%
I3.03	złamania kręgów leczone operacyjnie (za każdy)	8%
I3.04	złamanie wyrostków kolczystych i poprzecznych leczone tylko zachowawczo lub leczone operacyjnie (za każdy)	1%
I4	uraz rdzenia kręgowego	
I4.01	wstrząśnienie rdzenia z pobytem w szpitalu – powyżej 1 dnia pobytu w szpitalu	2%
I4.02	krwaki potwierdzone w badaniu obrazowym mózgu (TK – tomografii komputerowej lub NMR – rezonansu magnetycznego), leczone tylko zachowawczo	10%
I4.03	krwaki rdzenia leczone operacyjnie	20%
J	USZKODZENIA MIEDNICY	
J1	rany skóry pośladków (z wyjątkiem oparzeń) i uszkodzenia tkanek miękkich	
J1.01	jedna rana skóry pośladków (z zastrzeżeniem pkt J1.02)	1%
J1.02	liczne rany (co najmniej 3) skóry pośladków	3%
J1.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
J2	uszkodzenia w obrębie miednicy i stawu biodrowego	
J2.01	zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego	10%
J2.02	złamanie kości tonowej lub kulzowej jednostronnie (za każdą)	4%
J2.03	złamanie kości tonowej lub kulzowej obustronnie (za każdą)	6%
J2.04	rozejście się zespolenia tonowego	5%
J2.05	złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym (typu Malgaigne'a)	15%
J2.06	złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej leczone operacyjnie	20%
J2.07	złamanie kości krzyżowej	5%
J2.08	złamanie kości ogonowej	2%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
J2.09	izolowane złamanie w obrębie talerza kości biodrowej	3%
J2.10	izolowane złamanie kolca biodrowego	1%
K	USZKODZENIA KOŃCZYN GÓRNYCH	
K1	rany skóry kończyn górnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
K1.01	rana skóry kończyn górnych – do 4 cm długości	1%
K1.02	rana skóry kończyn górnych – powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
K1.03	liczne rany kończyn górnych (co najmniej 3) – łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
K2	uszkodzenia stawu obojczykowo-barkowego	
K2.01	skręcenie w stawie obojczykowo-barkowym lub obojczykowo-mostkowym z unieruchomieniem	2%
K2.02	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5%
K2.03	złamanie łopatki	5%
K2.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K2.05	złamanie obojczyka leczone tylko zachowawczo	4%
K2.06	złamanie obojczyka leczone operacyjnie	6%
K3	uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego	
K3.01	skręcenie w stawie łopatkowo-ramiennym z unieruchomieniem	2%
K3.02	zwichnięcie stawu łopatkowo-ramiennego (zwichnięcie barku)	5%
K3.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K3.04	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K3.05	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , bez protezoplastyki stawu ramiennego	10%
K3.06	złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej leczone operacyjnie , włącznie z protezoplastyką stawu ramiennego	15%
K3.07	utrata kończyny w stawie łopatkowo-ramiennym	70%
K3.08	utrata kończyny z łopatką	75%
K4	uszkodzenia ramienia	
K4.01	złamanie trzonu kości ramiennej leczone tylko zachowawczo	5%
K4.02	złamanie trzonu kości ramiennej leczone operacyjnie	8%
K4.03	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	5%
K4.04	utrata kończyny na poziomie ramienia	65%
K5	uszkodzenia stawu łokciowego	
K5.01	skręcenie w stawie łokciowym	1%
K5.02	skręcenie w stawie łokciowym z unieruchomieniem	2%
K5.03	zwichnięcie w stawie łokciowym	4%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
K5.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K5.05	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone tylko zachowawczo	5%
K5.06	złamanie w obrębie łokcia (dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej) leczone operacyjnie	10%
K5.07	utrata kończyny w stawie łokciowym	60%
K6	uszkodzenia przedramienia	
K6.01	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 1 ścięgna leczone operacyjnie	3%
K6.02	uszkodzenie tkanek miękkich z uszkodzeniem 2 lub więcej ścięgien leczone operacyjnie	5%
K6.03	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.04	złamanie dalszych nasad kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.05	złamanie trzonów kości przedramienia leczone tylko zachowawczo (za każdą)	3%
K6.06	złamanie trzonów kości przedramienia leczone operacyjnie (za każdą)	7%
K6.07	utrata kończyny w obrębie przedramienia	60%
K7	uszkodzenia nadgarstka	
K7.01	skręcenie nadgarstka	0,5%
K7.02	skręcenie nadgarstka z unieruchomieniem	1%
K7.03	zwichnięcie nadgarstka	4%
K7.04	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K7.05	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone tylko zachowawczo	4%
K7.06	złamanie jednej lub więcej kości nadgarstka leczone operacyjnie	7%
K7.07	utrata dłoni na poziomie nadgarstka	55%
K8	uszkodzenia śródreżca	
K8.01	uszkodzenie tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
K8.02	złamanie pojedynczej kości śródreżca leczone tylko zachowawczo	2%
K8.03	złamania pojedynczej kości śródreżca leczone operacyjnie	6%
K8.04	złamania dwóch lub więcej kości śródreżca leczone tylko zachowawczo	4%
K8.05	złamania dwóch lub więcej kości śródreżca leczone operacyjnie	12%
L	USZKODZENIA PALCÓW RĘKI	
L1	uszkodzenia kciuka	
L1.01	skręcenie kciuka z unieruchomieniem	1%
L1.02	zwichnięcie kciuka	2%
L1.03	uszkodzenie tkanek miękkich kciuka leczone operacyjnie	2%
L1.04	całkowita utrata opuszki kciuka	2%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
L1.05	utrata jednego paliczka paznokciowego kciuka (częściowa lub całkowita)	6%
L1.06	utrata obu paliczków (paznokciowego/dalszego i bliższego) kciuka	17%
L1.07	utrata obu paliczków kciuka z kością śródręcza	22 %
L1.08	złamanie kciuka (za każdy palec) leczone tylko zachowawczo	2%
L1.09	złamanie kciuka leczone operacyjnie	7%
L2	uszkodzenia palca wskazującego	
L2.01	skręcenie palca wskazującego z unieruchomieniem	1%
L2.02	zwichnięcie palca wskazującego	2%
L2.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca wskazującego leczone operacyjnie	2%
L2.04	całkowita utrata opuszki palca wskazującego	1%
L2.05	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca wskazującego	3%
L2.06	utrata paliczka paznokciowego/dalszego i środkowego (2 paliczków) palca wskazującego	10%
L2.07	utrata trzech paliczków palca wskazującego	15%
L2.08	utrata palca wskazującego z kością śródręcza	17%
L2.09	złamanie palca wskazującego leczone tylko zachowawczo	2%
L2.10	złamanie palca wskazującego leczone operacyjnie	3%
L3	uszkodzenia w zakresie palca III ręki	
L3.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca III z unieruchomieniem	1%
L3.02	zwichnięcie palca III	2%
L3.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca III leczone operacyjnie	2%
L3.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	3%
L3.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca III	7%
L3.06	złamanie palca III	2%
L3.07	utrata palca III z kością śródręcza	9%
L4	uszkodzenia w zakresie palca IV ręki	
L4.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca IV z unieruchomieniem	1%
L4.02	zwichnięcie palca IV	2%
L4.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca IV leczone operacyjnie	1%
L4.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	2%
L4.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca IV	4%
L4.06	złamanie palca IV	1%
L4.07	utrata palca IV z kością śródręcza	5%
L5	uszkodzenia w zakresie palca V ręki	
L5.01	skręcenie stawu międzypaliczkowego palca V z unieruchomieniem	1%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
L5.02	zwichnięcie palca V	1%
L5.03	uszkodzenia tkanek miękkich palca V leczone operacyjnie	1%
L5.04	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	2%
L5.05	utrata dwóch lub trzech paliczków palca V	4%
L5.06	złamanie palca V	1%
L5.07	utrata palca V z kością śródręcza	5%
Ł	USZKODZENIA KOŃCZYN DOLNYCH	
Ł1	rany skóry kończyn dolnych (z wyjątkiem oparzeń) uwaga: maksymalny, sumaryczny uszczerbek z tytułu ran skóry kończyn górnych nie może przekroczyć 3%	
Ł1.01	jedna rana skóry do 4 cm długości	1%
Ł1.02	jedna rana skóry powyżej 4cm do 10 cm długości	2%
Ł1.03	liczne rany (co najmniej 3) łącznie lub rana powyżej 10 cm długości	3%
Ł2	uszkodzenia stawu biodrowego	
Ł2.01	skręcenie stawu biodrowego	3%
Ł2.02	zwichnięcie stawu biodrowego	10%
Ł2.03	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej, urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone tylko zachowawczo	10%
Ł2.04	złamanie w zakresie krętarza, bliższej nasady lub szyjki kości udowej leczone operacyjnie	20%
Ł2.05	złamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone tylko zachowawczo	15%
Ł2.06	ułamania lub zwichnięcie centralne panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie włącznie z protezoplastyką stawu biodrowego	25%
Ł2.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	3%
Ł2.08	utrata kończyny dolnej przez wytuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między-lub podkrętarzowej	75%
Ł3	uszkodzenia uda	
Ł3.01	złamanie kości udowej leczone tylko zachowawczo (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	9%
Ł3.02	złamanie kości udowej leczone operacyjnie (złamania szyjki, przez i podkrętarzowe, krętarzy, trzonu, nasady – łącznie)	15%
Ł3.03	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	8%
Ł3.04	utrata kończyny na poziomie uda	60%
Ł4	uszkodzenia stawu kolanowego	
Ł4.01	skręcenie stawu kolanowego bez uszkodzenia więzadeł i łąkotki z unieruchomieniem	2%
Ł4.02	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.03	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednego więzadła leczone operacyjnie	5%
Ł4.04	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone tylko zachowawczo	6%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
Ł4.05	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch więzadeł leczone operacyjnie	10%
Ł4.06	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone tylko zachowawczo	9%
Ł4.07	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15%
Ł4.08	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łkrotki leczone tylko zachowawczo	3%
Ł4.09	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem jednej łkrotki leczone operacyjnie	5%
Ł4.10	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łkrotek leczone tylko zachowawczo	6%
Ł4.11	skręcenie lub inny uraz z uszkodzeniem dwóch łkrotek leczone operacyjnie	10%
Ł4.12	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem rzepki nie skutkujący usunięciem rzepki	5%
Ł4.13	skręcenie lub inny uraz ze złamaniem skutkujący usunięciem rzepki	10%
Ł4.14	zwichnięcie rzepki wymagające repozycji przez lekarza (wykluczone zwichnięcia nawykowe lub nastawione przez chorego)	2%
Ł4.15	utrata kończyny na poziomie kolana	50%
Ł5	uszkodzenia podudzia	
Ł5.01	złamanie kości strzałkowej leczone tylko zachowawczo	1%
Ł5.02	złamanie kości strzałkowej leczone operacyjnie	4%
Ł5.03	złamanie kości piszczelowej leczone tylko zachowawczo	5%
Ł5.04	złamanie kości piszczelowej leczone operacyjnie	10%
Ł5.05	uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone tylko zachowawczo	2%
Ł5.06	rozerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	7%
Ł5.07	uszkodzenia tkanek miękkich leczone tylko zachowawczo – oprócz ścięgna Achillesa	1%
Ł5.08	uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie – oprócz ścięgna Achillesa	4%
Ł5.09	utrata kończyny w obrębie podudzia	45%
Ł6	uszkodzenia stawu skokowo-goleniowego (skokowy górny) lub skokowo-piętowego (skokowy dolny), uszkodzenia stopy	
Ł6.01	skręcenie z unieruchomieniem	2%
Ł6.02	zwichnięcie	3%
Ł6.03	złamanie kostki bocznej leczone tylko zachowawczo	3%
Ł6.04	złamanie kostki bocznej leczone operacyjnie	4%
Ł6.05	złamanie kostki przyśrodkowej leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.06	złamanie kostki przyśrodkowej leczone operacyjnie	5%
Ł6.07	złamanie trójkostkowe	12%
Ł6.08	złamanie kości skokowej leczone tylko zachowawczo	5%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
Ł6.09	złamanie kości skokowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.10	złamanie kości piętowej leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.11	złamanie kości piętowej leczone operacyjnie	8%
Ł6.12	złamanie lub zwichnięcia kości stępu (jednej lub więcej kości)	4%
Ł6.13	złamanie jednej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	2%
Ł6.14	złamanie jednej kości śródstopia leczone operacyjnie	3%
Ł6.15	złamanie dwóch kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	4%
Ł6.16	złamanie dwóch kości śródstopia leczone operacyjnie	6%
Ł6.17	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone tylko zachowawczo	6%
Ł6.18	złamanie trzech lub więcej kości śródstopia leczone operacyjnie	9%
Ł7	utrata stopy	
Ł7.01	utrata stopy w obrębie śródstopia	25%
Ł7.02	utrata stopy w stawie Lisfranca	35%
Ł7.03	utrata stopy w stawie Choparta	40%
Ł7.04	utrata stopy w całości	45%
M	USZKODZENIA PALCÓW STOPY	
M1	uszkodzenia palucha	
M1.01	utrata w obrębie paliczka paznokciowego palucha	2%
M1.02	utrata całego paliczka paznokciowego palucha	5%
M1.03	utrata całego palucha	10%
M1.04	utrata palucha z kością śródstopia	12%
M1.05	złamanie, zwichnięcie palucha	2%
M1.06	złamanie palucha leczone operacyjnie	3%
M2	uszkodzenia w zakresie palca drugiego stopy	
M2.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca II	1%
M2.02	utrata całego palca II	2%
M2.03	utrata palca II z kością śródstopia	3%
M2.04	złamanie, zwichnięcie palca II	1%
M3	uszkodzenia w zakresie palca trzeciego stopy	
M3.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca III	1%
M3.02	utrata całego palca III	2%
M3.03	utrata palca III z kością śródstopia	3%
M3.04	złamanie, zwichnięcie palca III	1%
M4	uszkodzenia w zakresie palca czwartego stopy	
M4.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca IV	1%
M4.02	utrata całego palca IV bez kości śródstopia	2%
M4.03	utrata palca IV z kością śródstopia	3%

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
M4.04	złamanie, zwicnięcie palca IV	1%
M5	uszkodzenia w zakresie palca piątego stopy	
M5.01	utrata paliczka paznokciowego (dalszego) palca V	1%
M5.02	utrata całego palca V bez kości śródstopia	2%
M5.03	utrata palca V z kością śródstopia	3%
M5.04	złamanie, zwicnięcie palca V	1%
CZĘŚĆ II		
N	TRWAŁE ZABURZENIA NEUROLOGICZNE PO URAZACH	
N1	trwałe porażenia , niedowłady lub utrata funkcji kończyny górnej	
N1.01	porażenie kończyny górnej – ręki dominującej	50%
N1.02	porażenie kończyny górnej – ręki niedominującej	40%
N1.03	porażenie obu kończyn górnych	100%
N1.04	niedowład kończyny górnej	15%
N1.05	niedowład obu kończyn górnych	40%
N2	trwałe porażenia , niedowłady lub utrata funkcji kończyny dolnej	
N2.01	porażenie kończyny dolnej	50%
N2.02	porażenie obu kończyn dolnych bez lub z zaburzeniami zwieraczy	100%
N2.04	niedowład kończyny dolnej	10%
N2.05	niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się z pomocą sprzętu rehabilitacyjnego, laski, kul, balkonika	40%
N2.06	niedowład dużego stopnia czterech kończyn uniemożliwiający funkcjonowanie	100%
N3	trwałe porażenia czterech kończyn	
N3.01	porażenie całkowite czterech kończyn	100%
N4	trwałe porażenia i niedowłady połowicze	
N4.01	porażenie połowicze	100%
N4.02	niedowład połowiczny	30%
N5	zespoły neurologiczne	
N5.01	zespół stożka końcowego bez niedowładów	20 %
N5.02	zespół mózdkowy utrudniający chód i sprawność ruchową	40%
N5.03	zespół mózdkowy uniemożliwiający samodzielne funkcjonowanie, wymagający opieki osób trzecich	80%
N5.04	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	90%
N5.05	utrwalony zespół pozapiramidowy niewymagający opieki osób trzecich	30%
N6	zaburzenia mowy	
N6.01	całkowita utrata mowy (afazja całkowita)	60%
N6.02	afazja częściowa	10%
O	TRWAŁE USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU PO URAZIE	

TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU		Procent trwałego uszczerbku
O1	ubytki pola widzenia	
O1.01	w jednym oku	7%
O1.02	w obu oczach	20%
O2	koncentryczne ubytki pola widzenia	
O2.01	w jednym oku	7%
O2.02	w obu oczach	25%
O3	niedowidzenie połowicze	
O3.01	dwunosowe	20%
O3.02	dwuskroniowe	50%
O3.03	jednoimienne	20%
P	TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW CZASZKOWYCH PO URAZACH GŁOWY	
P1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu twarzowego	
P1.01	porażenie całkowite nerwu twarzowego	15%
P1.02	niedowład nerwu twarzowego	5%
P2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów ruchowych gałki ocznej uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu trwałych porażen lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P2.01-P2.02 nie może przekroczyć: za porażenie 45% za niedowład 15%	
P2.01	porażenie całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	15%
P2.02	niedowład nerwów ruchowych gałki ocznej (za każdy)	5%
P3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu językowo-gardłowego	
P3.01	porażenie całkowite nerwu językowo-gardłowego	10%
P3.02	niedowład nerwu językowo-gardłowego	3%
P4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu błędnego	
P4.01	porażenie całkowite nerwu błędnego	10%
P4.02	niedowład nerwu błędnego	3%
P5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu dodatkowego	
P5.01	porażenie całkowite nerwu dodatkowego	10%
P5.02	niedowład nerwu dodatkowego	3%
P6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu podjęzykowego uwaga: sumaryczny uszczerbek z tytułu utrwalonych porażen lub niedowładów nerwów czaszkowych wymienionych w pkt. P3 – P6 nie może przekroczyć: za porażenie 30%, za niedowład 9%	
P6.01	porażenie całkowite nerwu podjęzykowego	10%
P6.02	niedowład nerwu podjęzykowego	3%
R	TRWAŁE PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH	
R1	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu przeponowego	
R1.01	porażenie całkowite nerwu przeponowego	15%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
R1.02	niedowład nerwu przeponowego	5%
R2	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piersiowego długiego	
R2.01	porażenie całkowite nerwu piersiowego długiego	10%
R2.02	niedowład nerwu piersiowego długiego	5%
R3	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pachowego	
R3.01	porażenie całkowite nerwu pachowego	20%
R3.02	niedowład nerwu pachowego	5%
R4	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu mięśniowo-skórnego	
R4.01	porażenie całkowite nerwu mięśniowo-skórnego	10%
R4.02	niedowład nerwu mięśniowo-skórnego	3%
R5	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu promieniowego	
R5.01	porażenie całkowite nerwu promieniowego	25%
R5.02	niedowład nerwu promieniowego	5%
R6	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu pośrodkowego	
R6.01	porażenie całkowite nerwu pośrodkowego	15%
R6.02	niedowład nerwu pośrodkowego	5%
R7	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu łokciowego	
R7.01	porażenie całkowite nerwu łokciowego	20%
R7.02	niedowład nerwu łokciowego	5%
R8	trwałe porażenia lub niedowłady części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego	
R8.01	porażenie całkowite części górnej splotu barkowego	20%
R8.02	niedowład części górnej splotu barkowego	5%
R9	trwałe porażenia lub niedowłady części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego	
R9.01	porażenie całkowite części dolnej splotu barkowego	40%
R9.02	niedowład części dolnej splotu barkowego	10%
R10	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	
R10.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	15%
R10.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	3%

	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
R11	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu zastawnego	
R11.01	porażenie całkowite nerwu zastawnego	15%
R11.02	niedowład nerwu zastawnego	3%
R12	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu udowego	
R12.01	porażenie całkowite nerwu udowego	30%
R12.02	niedowład nerwu udowego	5%
R13	trwałe porażenia lub niedowłady nerwów pośladowych	
R13.01	porażenie całkowite nerwów pośladowych	20%
R13.02	niedowład nerwów pośladowych	3%
R14	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu sromowego wspólnego	
R14.01	porażenie całkowite nerwu sromowego wspólnego	20%
R14.02	niedowład nerwu sromowego wspólnego	5%
R15	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu kulszowego	
R15.01	porażenie całkowite nerwu kulszowego	50%
R15.02	niedowład nerwu kulszowego	10%
R16	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu piszczelowego	
R16.01	porażenie całkowite nerwu piszczelowego	30%
R16.02	niedowład nerwu piszczelowego	5%
R17	trwałe porażenia lub niedowłady nerwu strzałkowego	
R17.01	porażenie całkowite nerwu strzałkowego	20%
R17.02	niedowład nerwu strzałkowego	5%
R18	trwałe porażenia lub niedowłady splotu lędźwiowo-krzyżowego	
R18.01	porażenie całkowite splotu lędźwiowo-krzyżowego	60%
R18.02	niedowład splotu lędźwiowo-krzyżowego	30%
R19	trwałe porażenia lub niedowłady pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	
R19.01	porażenie całkowite pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	10%
R19.02	niedowład pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	3%

TABELA NR 2 TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO DZIECKA WSKUTEK WYPADKU

Uwaga:

Ocena powierzchni oparzenia ustalana jest na podstawie tablicy Lunda i Browdera (dla **Ubezpiezonego dziecka** do 15 roku życia) lub reguły dziewiątek Wallace'a (dla **Ubezpiezonego dziecka** powyżej 15 roku życia).

Tablica Lunda i Browdera:

Podane w tabeli wartości liczbowe odpowiadają powierzchni danej części ciała **Ubezpiezonego dziecka** do 15 roku życia, wyrażonej jako procent całkowitej powierzchni ciała w poszczególnych grupach wiekowych.

Powierzchnia ciała Ubezpiezonego dziecka	Noworodki	1 - 4 rok życia	5 - 9 rok życia	10 - 14 rok życia	15 rok życia
Procent całkowitej powierzchni ciała					
GŁOWA	19%	17%	13%	11%	9%
SZYJA	2%	2%	2%	2%	2%
TUŁÓW PRZÓD	13%	13%	13%	13%	13%
TUŁÓW TYŁ	13%	13%	13%	13%	13%
POŚLADEK	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%	2,5%
KROCZE	1%	1%	1%	1%	1%
RAMIĘ	4%	4%	4%	4%	4%
PRZEDRAMIĘ	3%	3%	3%	3%	3%
RĘKA	3%	3%	3%	3%	3%
UDO	5,5%	6,5%	8%	8,5%	9%
PODUDZIE	5%	5%	5,5%	6%	6,5%
STOPA	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%	3,5%

Reguła dziewiątek Wallace'a:

Podane w tabeli wartości liczbowe odpowiadają powierzchni danej części ciała **Ubezpiezonego dziecka** w wieku powyżej 15 roku życia, wyrażonej jako procent całkowitej powierzchni ciała.

Powierzchnia ciała Ubezpiezonego dziecka w wieku powyżej 15 roku życia	Procent całkowitej powierzchni ciała
GŁOWA I SZYJA	9%
KOŃCZYNA GÓRNA CAŁA	9%
KOŃCZYNA DOLNA CAŁA	18%
TUŁÓW PRZÓD (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej)	18%
TUŁÓW TYŁ	18%
KROCZE	1%

1. Nie sumuje się trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku w postaci złamania i utraty tej samej kończyny.
2. Przy urazach wielomiejscowych w obrębie kończyny tętna wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku nie może przekroczyć wartości za utratę części lub odpowiednio całości kończyny.

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
OPARZENIA LUB ODMROŻENIA (II lub III stopnia)		
1	oparzenia lub odmrożenia obejmujące 5 – 15% powierzchni ciała	10
2	oparzenia lub odmrożenia obejmujące 16 – 30% powierzchni ciała	25
3	oparzenia lub odmrożenia obejmujące powyżej 30% powierzchni ciała	45
CAŁKOWITA UTRATA ZMYŚŁÓW: WZROKU, SŁUCHU, WĘCHU LUB SMAKU		
4	gałki ocznej lub wzroku w jednym oku	30
5	obu gałek ocznych lub wzroku w obydwu oczach	100
6	słuchu w jednym uchu	30
7	słuchu w obu uszach	60
8	węchu	10
9	języka i zmysłu smaku łącznie	50
ZŁAMANIA		

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
	złamanie kości podstawy, sklepienia czaszki lub złamanie łopatki	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
10	b) inne złamanie otwarte	10
	c) inne złamanie wieloodłamowe	8
	d) inne złamanie	5
	złamanie kości twarzoczaszki, żuchwy, kciuka (paliczki kciuka lub kości śródręcza kciuka), palca wskazującego, rzepki, kości skokowej lub piętowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
11	b) inne złamanie otwarte	6
	c) inne złamanie wieloodłamowe	4
	d) inne złamanie	2
	złamanie kości żeber, obojczyka, mostka, palców dłoni lub stóp (z wyjątkiem kciuka lub wskazującego), ogonowej, wyrostków ościowych i poprzecznych kręgosłupa, łonowej lub kulszowej	
12	a) złamanie otwarte	8
	b) inne złamanie	3

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
13	złamanie kości łokciowej, promieniowej, łódkowatej stopy, sześcienniej lub klinowatych	
	a) wieloodłamowe otwarte	8
	b) inne złamanie otwarte	6
	c) inne złamanie wieloodłamowe	4
	d) inne złamanie	2
14	złamanie kości śródstopia, śródręcza (oprócz kości śródręcza kciuka) lub nadgarstka	
	a) złamanie otwarte	6
	b) inne złamanie	2
15	złamanie kości miednicy, kości w obrębie stawu biodrowego (z wyjątkiem izolowanych złamań kości tonowej, kulszowej lub kości ogonowej), w obrębie stawu biodrowego (panewka stawu, nasada bliższa kości udowej, krętarze lub złamanie pod- i przezkrętarzowe)	
	a) wieloodłamowe otwarte	25
	b) inne złamanie otwarte	10
	c) inne złamanie wieloodłamowe	8
	d) inne złamanie	5
16	złamanie kości ramiennej lub udowej	
	a) wieloodłamowe otwarte	15
	b) inne złamanie otwarte	10
	c) inne złamanie wieloodłamowe	8
	d) inne złamanie	3
17	złamanie kości podudzia	
	a) wieloodłamowe otwarte	10
	b) inne złamanie otwarte	8
	c) inne złamanie wieloodłamowe	5
	d) inne złamanie	3
18	złamanie kości talerza biodrowego, kołców biodrowych, guza kulszowego lub trzonu kręgów	
	a) złamanie otwarte	8
	b) inne złamanie	3
ZWICHNIĘCIA lub SKRĘCENIA		
19	zwichnięcie lub skręcenie w obrębie kręgosłupa szyjnego	10
20	zwichnięcie w obrębie kręgosłupa piersiowego	20
21	zwichnięcie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	15
22	zwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	5
23	zwichnięcie stawu barkowego	5
24	zwichnięcie stawu łokciowego	8
25	zwichnięcie w obrębie stawów nadgarstka	6
26	zwichnięcie w stawie kciuka	3
27	zwichnięcie w stawie palca wskazującego	2
28	zwichnięcie stawu biodrowego	12

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
29	zwichnięcie stawu kolanowego	10
30	zwichnięcie stawu skokowego górnego	5
31	zwichnięcie stawu Choparta	5
32	zwichnięcie stawu Lisfranca	5
33	zwichnięcie stawu palucha	2
34	skręcenie w obrębie kręgosłupa piersiowego	6
35	skręcenie w obrębie kręgosłupa lędźwiowego	4
36	skręcenie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego	1
37	skręcenie stawu barkowego	2
38	skręcenie stawu łokciowego	2
39	skręcenie w obrębie stawów nadgarstka	1
40	skręcenie w stawie kciuka	1
41	skręcenie w stawie palca wskazującego	1
42	skręcenie stawu biodrowego	3
43	skręcenie stawu kolanowego	3
44	skręcenie stawu skokowego górnego	1
45	skręcenie stawu Choparta	1
46	skręcenie stawu Lisfranca	1
47	skręcenie stawu palucha	1
CAŁKOWITA UTRATA NARZĄDÓW WEWNĘTRZNYCH		
48	utrata śledziony	15
49	utrata jednej nerki	20
50	utrata obu nerek	50
51	utrata przącia	40
52	utrata jednego jądra, jajnika	20
53	utrata macicy	40
54	uszkodzenie zwieracza odbytu z nietrzymaniem stolca	30
55	uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej z nietrzymaniem moczu	20
56	utrata płata płucnego	50
57	utrata żółtka	20
58	utrata jelita cienkiego lub grubego (powyżej 50% długości narządów)	20
59	utrata wątroby (powyżej 50% miąższu)	20
INNE URAZY		
60	utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości	
	a) na powierzchni co najmniej 6 cm ²	30
	b) na powierzchni od 3 do 6 cm ²	20
	c) na powierzchni mniejszej niż 3 cm ²	10
61	utrata ucha	
	a) utrata jednej małżowiny	15
	b) utrata obu małżowin	25

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
62	uszkodzenie krtani skutkujące koniecznością stałego noszenia rurki tchawiczej oraz	
	a) zaburzeniami głosu	30
	b) całkowitym bezgłosem	60
63	utrata nosa lub żuchwy	
	utrata nosa w całości	30
64	utrata żuchwy	50
65	uszkodzenie płuc i opłucnej	
	a) bez niewydolności oddechowej	5
	b) z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25
66	uszkodzenie serca	
	a) z wydolnym układem krążenia	15
	b) z niewydolnością krążenia	40
UTRATA KOŃCZYNY LUB WŁADZY NAD POSZCZEGÓLNYMI KOŃCZYNAMI		
67	kończyna górna w stawie barkowym	70
68	kończyna górna powyżej stawu łokciowego, a poniżej stawu barkowego	65
69	kończyna górna poniżej stawu łokciowego, a powyżej nadgarstka	60
70	kończyna górna poniżej lub na wysokości nadgarstka	55
71	całkowita utrata kciuka	20
72	częściowa utrata kciuka	10

Lp.	TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU	Procent trwałego uszczerbku
73	częściowa utrata innego palca u ręki	2
74	całkowita utrata palca wskazującego	10
75	częściowa utrata palca wskazującego	5
76	całkowita utrata innego palca u ręki	5
77	kończyna dolna powyżej środkowej części uda	70
78	kończyna dolna poniżej środkowej części uda a powyżej stawu kolanowego	60
79	kończyna dolna poniżej stawu kolanowego, a powyżej środkowej części	50
80	kończyna dolna poniżej środkowej części podudzia, a powyżej stopy	45
81	kończyna dolna – stopa w stawie skokowym	40
82	kończyna dolna – stopa z wyłączeniem pięty	30
83	częściowa utrata palucha	2
84	całkowita utrata palucha	5
85	całkowita utrata innego palca u stopy	2
utrata zębów – co najmniej 50% korony		
86	a) siekacze lub kły (za każdy ząb)	1
	b) pozostałe zęby za każdy ząb począwszy od dwóch	1
rana cięta, szarpana, miażdżona lub kłusana		
87	a) w obrębie twarzy, szyi lub dłoni	2
	b) w obrębie pozostałych części ciała	1

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – ASSISTANCE WYPADKOWY

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2-3, 6-8; Tabela nr 1; Tabela nr 2; § 11; § 12 ust. 2-3, 9-10 z uwzględnieniem definicji z § 1 Wykaz procedur medycznych, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 3-5, 7; § 3 uwzględnieniem definicji z § 1 zakres terytorialny, procedury medyczne, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 1, Tabela nr 1: a) pkt 1 – postanowienie dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, b) wiersz znajdujący się pod pkt. 19, z uwzględnieniem definicji z § 1 zakres terytorialny, procedury medyczne, limit łączny i podlimity wskazane w Tabeli nr 2, Tabela nr 2: a) Rozdział I pkt 2 zdanie ostatnie, b) Rozdział I – każdorazowo postanowienia dotyczące przypadków wymagających pilnej interwencji medycznej, c) Rozdział II lit. a.-c. – każdorazowo informacje zawarte w nawiasach z uwzględnieniem definicji z § 1 Wykaz procedur medycznych, stanowiący Załącznik nr 1 do Warunków umowy dodatkowej – Assistance wypadkowy

3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1-2, 4-5 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.
---	---

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

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

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

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

Na podstawie tych warunków ubezpieczenia organizujemy i pokrywamy koszty świadczeń wykonywanych przez inne podmioty. Usługi w zakresie świadczeń assistance, telemedycyny oraz świadczeń medycznych świadczy na naszą rzecz AWP P&C Spółka Akcyjna Oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie, zwana w dalszej części tych warunków ubezpieczenia **centrum operacyjnym**.

Do tych warunków ubezpieczenia dołączyliśmy załącznik nr 1: Wykaz procedur medycznych.

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) akt przemocy	bezprawne i celowe działanie fizyczne nakierowane na jakiegokolwiek dobro chronione prawem, za akt przemocy nie uważa się przekroczenia granic obrony koniecznej lub stanu wyższej konieczności.
2) akt terroru	nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciwko społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
3) akty stanu wojennego lub działania wojenne	ruchy wojsk, walki zbrojne (lądowe, morskie lub powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
4) centrum operacyjne	AWP P&C S.A., oddział w Polsce z siedzibą w Warszawie przy ul. Konstruktorskiej 12, podmiot zajmujący się w naszym imieniu organizacją i pokryciem kosztów świadczeń objętych umową dodatkową .
5) działanie pod wpływem alkoholu	działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do: a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm ³ .
6) lekarz prowadzący	lekarz, który prowadzi leczenie Ubezpieczonego , niebędący członkiem rodziny Ubezpieczonego ani lekarzem uprawnionym .
7) lekarz uprawniony	lekarz wskazany przez nas i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej, do weryfikacji stanu zdrowia na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej, oraz do przeprowadzania badań lekarskich, udzielania konsultacji i przygotowywania opinii lekarskich.
8) leki	zalecane Ubezpieczonemu leki gotowe, wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu lub leki recepturowane, których zakup można zrealizować wyłącznie na podstawie recepty, wskazane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego lub w osobnym dokumencie wystawionym przez lekarza prowadzącego leczenie Ubezpieczonego podczas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.
9) licencjonowane linie lotnicze	przewoźnik lotniczy uprawniony do wykonywania regularnych lub czarterowych przewozów lotniczych pasażerów na podstawie koncesji lub na podstawie aktu właściwego organu obcego państwa.
10) neuroforma	udostępniona Ubezpieczonemu aplikacja neurorehabilitacyjna (oprogramowanie komputerowe), za pośrednictwem której Ubezpieczony uzyskuje dostęp do modułów ćwiczeniowych, umożliwiających mu samodzielne wykonywanie ćwiczeń angażujących jednocześnie funkcje ruchowe i poznawcze.
11) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
12) placówka medyczna	szpital , przychodnia lub gabinet medyczny, działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa polskiego w ramach systemu opieki zdrowotnej.

13) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
14) wypadek wymagający pilnej interwencji medycznej	stan zagrożenia życia, który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego, za który uważa się: a) zatrucia lekami, środkami/substancjami chemicznymi, gazami, zaburzenia świadomości, utratę przytomności, omdlenia, duszność, zaburzenia oddychania, ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, ostry ból brzucha, krwotoki, uporczywe wymioty; b) stany zagrożenia ciąży, gwałtownie postępujący poród; c) rozległe rany z krwawieniem będące efektem urazu oraz urazy uniemożliwiające samodzielne poruszanie się; d) nagłe wystąpienie drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeni i niedowładów; e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze.
15) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
16) siła wyższa	nagły i niemożliwy do przewidzenia stan, wywołany przyczyną niezależną od Ubezpieczonego lub od nas, którego następstwom nie można zapobiec przy użyciu dostępnych środków.
17) sprzęt rehabilitacyjny	sprzęt niezbędny Ubezpieczonemu do rehabilitacji, umożliwiający mu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
18) szpital	zakład opieki zdrowotnej przeznaczony zgodnie z przepisami do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczenia przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodka pomocy społecznej, domu opieki, ośrodka leczenia uzależnień, hospicjum.
19) transport medyczny	transport realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia Ubezpieczonego środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
20) Ubezpieczone dziecko	osoba fizyczna, której zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu umowy dodatkowej , która w momencie objęcia ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy dodatkowej nie ukończyła 25 roku życia, będąca również Ubezpieczonym .
21) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
22) wada wrodzona	nieprawidłowość powstała w okresie zarodkowym lub płodowym zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (Q00-Q99).
23) wypadek	gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria: a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego , b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia (przy czym za przyczynę zewnętrzną w rozumieniu tych warunków ubezpieczenia nie uznaje się stresu lub przeżyć Ubezpieczonego), c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej , d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego naszą odpowiedzialnością.
24) zabieg operacyjny	operacja ortopedyczna, laryngologiczna lub chirurgiczna przeprowadzona w warunkach bloku operacyjnego, mająca na celu leczenie urazów doznanych przez Ubezpieczonego w wyniku wypadku .

25) zamieszki demonstracje i starcia uliczne będące wyrazem niezadowolonia, buntu lub protestu przeciwko władzy publicznej.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie **Ubezpieczonego**.
2. W przypadku, gdy w okresie ochrony **Ubezpieczony** ulegnie **wypadkowi**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy

i pokryjemy koszty świadczeń medycznych wskazanych w tabeli nr 1 na zasadach określonych w tej tabeli, ust. 3-5 poniżej oraz załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia, przy uwzględnieniu wskazanych w tabeli nr 1 limitów dla danego świadczenia na każdy **wypadek**.

3. Świadczenia medyczne są realizowane na podstawie skierowania od **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (za wyjątkiem wizyty lekarskiej lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry).
4. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do 10 świadczeń medycznych (z niżej wskazanych dostępnych 19 świadczeń medycznych) na każdy **wypadek**, przy czym z badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego **Ubezpieczony** może skorzystać tylko jeden raz na każdy **wypadek**.
5. Badanie z zakresu diagnostyki laboratoryjnej jest traktowane jako jedno świadczenie medyczne z maksymalnej liczby świadczeń medycznych do wykorzystania – niezależnie od liczby badań, które **lekarz prowadzący** leczenie **Ubezpieczonego** zlecił do wykonania na jednym skierowaniu w związku z **wypadkiem**.

Tabela nr 1 (świadczenia medyczne dla **Ubezpieczonego** w razie wystąpienia wypadku)

RODZAJ ŚWIADCZENIA	
Świadczenia medyczne dla Ubezpieczonego wykonywane wyłącznie na terenie Polski. Do wykorzystania maksymalnie dziesięć świadczeń medycznych na jeden wypadek:	Wysokość limitu na jeden wypadek
1. Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry w placówce medycznej lub miejscu pobytu Ubezpieczonego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego) wraz z kosztami dojazdu lekarza pierwszego kontaktu/internisty/pediatry oraz kosztami jego honorarium, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej	
Po uzyskaniu skierowania od lekarza prowadzącego leczenie:	
2. Konsultacja chirurga	
3. Konsultacja okulisty	
4. Konsultacja otolaryngologa	
5. Konsultacja neurologa	
6. Konsultacja ortopedy	
7. Konsultacja kardiologa	świadczenia do wielokrotnego wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania
8. Konsultacja pulmonologa	
9. Konsultacja neurochirurga	
10. Konsultacja psychologa	
11. Konsultacja ginekologa	
12. Konsultacja hepatologa	
13. Zabiegi ambulatoryjne*	
14. Diagnostyka laboratoryjna*	
16. Badania radiologiczne (RTG)*	
17. Badania ultrasonograficzne (USG)*	
18. Rezonans magnetyczny*	maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania
19. Tomografia komputerowa*	maksymalnie jedno badanie do wykorzystania w ramach maksymalnej liczby dziesięciu świadczeń medycznych do wykorzystania

* Świadczenia realizowane w zakresie procedur medycznych wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia – Wykaz procedur medycznych.

6. W przypadku zaistnienia w okresie ochrony zdarzeń wymienionych w tabeli nr 2, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** zorganizujemy i pokryjemy koszty świadczeń assistance i telemedycyny na zasadach określonych w tej tabeli oraz załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia, przy uwzględnieniu wskazanych w tabeli nr 2 limitów dla danego świadczenia na każde zdarzenie.

7. Świadczenia assistance są realizowane na podstawie skierowania od **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (pkt I, ppkt. 1, 2, 4, 5 tabeli nr 2) lub wskazania **lekarza prowadzącego** leczenie **Ubezpieczonego** (pkt I, ppkt. 3, 6, 7, 8). Nie wymagamy skierowań lub wskazań do realizacji świadczeń w zakresie telemedycyny (pkt II tabeli nr 2).

Tabela nr 2 (świadczenia assistance i telemedycyny dla Ubezpieczonego w razie wystąpienia wypadku)

RODZAJ I OPIS ŚWIADCZENIA	Wysokość limitu na jedno zdarzenie
Świadczenia assistance i telemedycyny wykonywane są wyłącznie na terenie Polski.	
I. Świadczenia assistance dla Ubezpieczonego	
1. Organizacja i pokrycie kosztów zabiegu operacyjnego	20 000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zabiegu operacyjnego , którego przeprowadzenie jest wymagane w wyniku wypadku Ubezpieczonego na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego .	
2. Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacyjnego	30 zabiegów
Zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji Ubezpieczonego (w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej), której przeprowadzenie jest wymagane w wyniku wypadku Ubezpieczonego na podstawie skierowania od lekarza prowadzącego . W zależności od wyboru Ubezpieczonego mogą to być:	
a. wizyty fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego , albo	
b. wizyty Ubezpieczonego w poradni rehabilitacyjnej,	
realizowane w zakresie procedur medycznych wymienionych w załączniku nr 1 do tych warunków ubezpieczenia.	
3. Transporty medyczne ze wskazaną przez Ubezpieczonego osobą	20 transportów medycznych
a) Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z miejsca pobytu Ubezpieczonego do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego, wymagany jest pobyt lub wizyta Ubezpieczonego w placówce medycznej i zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z transportu medycznego do placówki medycznej. b) Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego z placówki medycznej do placówki medycznej, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego, Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej i zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z transportu medycznego do placówki medycznej. c) Zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu medycznego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego, Ubezpieczony przebywa w placówce medycznej i zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, stan zdrowia Ubezpieczonego wskazuje na konieczność skorzystania z transportu medycznego do placówki medycznej. Transporty medyczne są organizowane, gdy nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	
4. Dostęp do aplikacji neurorehabilitacyjnej po wypadku	dostęp do neuroformy przez okres 6 miesięcy
Zorganizujemy i pokryjemy koszty dostępu do aplikacji neuroforma przez okres 6 miesięcy, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego doszło do niedowładu kończyny górnej lub dolnej i zgodnie ze skierowaniem od lekarza prowadzącego , wymagana jest rehabilitacja Ubezpieczonego .	
5. Pomoc psychologa	3 wizyty lub zdalne konsultacje
Zorganizujemy i pokryjemy koszty, w zależności od wyboru Ubezpieczonego , wizyt u psychologa lub zdalnych konsultacji z psychologiem, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego , zgodnie ze skierowaniem od lekarza prowadzącego , Ubezpieczony wymaga skorzystania z pomocy psychologa.	
6. Leczenie stomatologiczne	2000 zł
Zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , Ubezpieczony wymaga takiego leczenia.	
7. Organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	700 zł
Zapewnimy usługi, które wymieniamy niżej, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , Ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego :	
a) organizacja i pokrycie kosztów transportu sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego, i b) pokrycie kosztów zakupu albo wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego (w zależności od wyboru Ubezpieczonego).	
8. Zakup i dostarczenie leków lub środków opatrunkowych	300 zł
Pokryjemy koszt zakupu i dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego leków i środków opatrunkowych, gdy w wyniku wypadku Ubezpieczonego , zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego , Ubezpieczony wymaga przyjmowania przepisanych leków lub korzystania ze środków opatrunkowych.	
II. Telemedycyna w razie wystąpienia u Ubezpieczonego wypadku	
Zorganizujemy i pokryjemy koszty zdalnych porad lekarskich udzielanych przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę, w tym teleporady, wideoporady lub porady za pośrednictwem czatu (w ramach usługi nie jest możliwe postawienie diagnozy), które obejmują wymienione niżej usługi:	
a. wystawienie e-recepty przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	6 porad lekarskich w każdym 12-miesięcznym okresie ochrony
b. zdalne wystawienie skierowania na badania lub zabiegi (w przypadkach medycznie uzasadnionych)	
c. zdalne wystawienie zwolnienia lekarskiego (w przypadkach medycznie uzasadnionych i o ile obowiązujące przepisy dopuszczają taką możliwość)	
d. zdalną poradę lekarską udzielaną przez lekarza internistę lub lekarza pediatrę w zakresie wyników przeprowadzonych badań.	

8. W przypadku przeprowadzenia u **Ubezpieczonego** operacji plastycznej na terytorium Polski w warunkach bloku operacyjnego, która ma na celu usunięcie blizn lub nieprawidłowości w budowie ciała **Ubezpieczonego**, powstałych w wyniku **wypadku**, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** pokryjemy jej koszt do wysokości 8 000 zł w odniesieniu do jednego **wypadku**.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

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

- a) wykonywany w celu leczenia choroby nowotworowej;
 - b) wykonywany w celach diagnostycznych;
 - c) związany z leczeniem **wad wrodzonych**;
 - d) przeprowadzony w ramach chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem usunięcia skutków **wypadków**;
 - e) cięcia cesarskiego.
3. Nasza odpowiedzialność w zakresie świadczeń telemedycyny nie obejmuje:
- a. wystawiania skierowań na diagnostykę obrazową (RTG, USG, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny) oraz endoskopię,
 - b. wystawiania e-recept na leki psychotropowe, opioidowe, a także leki przyjmowane w ramach kontynuacji leczenia sprzed zdarzenia, w związku z którym organizowaliśmy świadczenie,
 - c. wystawiania skierowań na konsultacje, badania i zabiegi, które będą honorowane przez podmioty lecznicze (w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej), realizujące świadczenia medyczne na mocy kontraktu zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia (wystawione przez nas skierowania będą honorowane wyłącznie w placówkach działających na zasadach komercyjnych).
4. Nie ponosimy odpowiedzialności za przebieg leczenia i jego efekty, postawione diagnozy, brak skierowania na dodatkowe badanie, co do których decyzje podejmuje **lekarz prowadzący**.
5. Nie odpowiadamy za opóźnienie w wykonaniu świadczeń, niewykonanie bądź nienależyte wykonanie świadczeń, jeśli nastąpiło to w wyniku działania **siły wyższej**.
6. Gdy na skutek **siły wyższej Ubezpieczony** nie mógł skontaktować się z nami i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń assistance, o których mowa w tabeli nr 2, zwracamy poniesione i udokumentowane koszty do wysokości limitów wskazanych w tabeli nr 2.
7. Jeżeli świadczenie assistance przekroczy limit kosztów wskazany w tabeli nr 2, wykonamy tę usługę, gdy uzyskamy zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi za całość świadczenia a określonym limitem.
8. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje organizacji i pokrycia kosztów świadczeń medycznych oraz świadczeń assistance i telemedycyny poza terytorium Polski.
9. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztów świadczeń, których przyczyną było nadwyższenie organizmu na skutek wykonywania powtarzalnych czynności fizycznych lub przeciążenie, dźwignięcie lub pochylenie się, co bezpośrednio skutkowało negatywnymi następstwami zdrowotnymi dla **Ubezpieczonego**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO LUB UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. Umowę dodatkową możesz zawrzeć na własny rachunek lub na rachunek innego **Ubezpieczonego** (w tym również **Ubezpieczonego dziecka**) objętego ochroną z tytułu **umowy głównej**, o ile **umowa główna** przewiduje taką możliwość.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu złożenia wniosku o objęcie jej ochroną w ramach **umowy dodatkowej** ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 69 lat, a w przypadku **Ubezpieczonego dziecka** – nie ma ukończonych 25 lat.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

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

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

1. Umowę dodatkową zawierasz z nami na okres 1 roku.
2. Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużeniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.
3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpieczonego**,
 - c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczonego** nie będącego **Ubezpieczonym dzieckiem** 70 lat, a w przypadku **umowy dodatkowej** zawartej na rachunek **Ubezpieczonego dziecka** – z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpieczone dziecko** 26 lat,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - f) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej – Ubezpieczenie na życie dziecka – o ile w ramach **umowy dodatkowej** ochroną objęte jest **Ubezpieczone dziecko**,
 - g) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - h) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** jest liczony od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin, w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o jej zawarciu lub od dnia potwierdzenia informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta, jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.
3. Jeżeli odstąpisz od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy tej ochrony.

§ 8. WYPowiedzenie UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do opłacania składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieopłacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Możemy zaproponować Ci nową wysokość składki w każdym kolejnym rocznym okresie trwania **umowy dodatkowej**. W takiej sytuacji, najpóźniej na 30 dni przed upływem bieżącego okresu ochrony doręczymy Ci propozycję zmiany wysokości składki w kolejnym okresie trwania **umowy dodatkowej**.
5. Możesz przyjąć naszą propozycję kontynuacji **umowy dodatkowej** oraz zmiany wysokości składki – wystarczy, że wpłacisz składkę w zaproponowanej przez nas wysokości.

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

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

- umowy dodatkowej** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 1;
- b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na żądanie **Ubezpieczonego**, prześlemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 11. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA

W razie zajścia zdarzenia należy poinformować nas o tym fakcie. Zdarzenie można zgłosić między innymi:

- telefonicznie 224 224 224,
- na adres: AWP P&C S.A. Oddział w Polsce; 02-673 Warszawa, ul. Konstruktorska 12,
- pocztą elektroniczną na adres: pmu@mondial-assistance.pl.

§ 12. ZASADY REALIZACJI ŚWIADCZEŃ

- W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia:
 - informujemy o tym **Ubezpieczającego** lub **Ubezpieczonego** (jeżeli to nie oni wystąpili z tym zawiadomieniem), oraz
 - podjęmy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności zdarzenia, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Dokumenty te powinny zostać przesłane lub dostarczone do **centrum operacyjnego**.
- Świadczenie realizujemy na podstawie wniosku o realizację świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
- Zdarzenia, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.
- Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o zdarzeniu.
- Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
- Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o zdarzeniu.
- Jeżeli nie zrealizujemy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej** poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także zrealizujemy bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie oraz **Ubezpieczonego** (jeżeli **Ubezpieczony** nie jest osobą zgłaszającą roszczenie) i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- Miejsce realizacji świadczeń medycznych ustalimy, za pośrednictwem **centrum operacyjnego** w porozumieniu z Tobą i w terminie 5 dni roboczych od dnia otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 1 lit. c), zorganizujemy świadczenie medyczne we współpracującym podmiocie lub **placówce medycznej**.

- Wartość poszczególnych świadczeń assistance jest ustalana każdorazowo na podstawie średnich cen usług obowiązujących na terenie danego województwa w dniu organizacji przez nas świadczenia. Zanim skorzystasz ze świadczenia, poinformujemy Cię o jego wartości oraz o tym, jak wpłynie na łączny limit kosztów.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 13. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
- Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
- Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególności skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
- Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
- Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniowym udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 14. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

- Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
- W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 15. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 16. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. **Ubezpieczający, Ubezpieczony** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczony** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
2. W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie zastosowanie znajdują **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
3. Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
4. W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.

5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
6. Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - a) właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - b) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - c) właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 49/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).

MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU

RADOŚŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU

VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

WYKAZ PROCEDUR MEDYCZNYCH

PROCEDURY MEDYCZNE	
1.	ZABIEGI AMBULATORYJNE
1)	AMBULATORYJNE ZABIEGI CHIRURGICZNE
a)	Proste nacięcie i usunięcie ciała obcego, tkanek podskórnych
b)	Nacięcie i drenaż krwiaka, zbiornika płynu surowiczego lub innego zbiornika płynu
c)	Usunięcie szwów
d)	Zmiana opatrunku
e)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; mały staw lub kaletka (np. palce u rąk lub nóg)
f)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; średniej wielkości staw lub kaletka (np. staw skroniowo-żuchwowy, barkowo-obończykowy, nadgarstek, staw łokciowy lub skokowy, kaletka maziowa wyrostka łokciowego)
g)	Naktucie stawu, aspiracja i/lub wstrzyknięcie; duży staw lub kaletka (np. staw ramienny, biodrowy, kolanowy, kaletka barkowa)
h)	Proste zamknięcie powierzchownych ran owłosionej skóry głowy, szyi, pachy, narządów płciowych zewnętrznych, tułowia i/lub kończyn
i)	Proste zamknięcie powierzchownych ran twarzy, uszu, powiek, nosa, warg i/lub błon śluzowych
j)	Proste usunięcie płytki paznokciowej, częściowe lub całkowite
2)	AMBULATORYJNE ZABIEGI LARYNGOLOGICZNE
a)	Usunięcie ciała obcego, śródnosowe
3)	AMBULATORYJNE ZABIEGI OKULISTYCZNE
a)	Usunięcie ciała obcego – z wnętrza gałki ocznej, z przedniej komory oka lub soczewki
b)	Usunięcia ciała obcego lub złogu w obrębie układu łzowego, przewody łzowe
c)	Wstrzyknięcie podspojówkowe
4)	AMBULATORYJNE ZABIEGI ORTOPEDYCZNE
a)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
b)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia bez znieczulenia (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
c)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy małe – np. nadgarstka, kostki, ręki, stopy, palców)
d)	Zamknięte nastawienie zwichnięcia w stawie ze znieczuleniem (stawy duże – np. bark, biodro, kolano, łokieć)
e)	Zastosowanie długiego opatrunku unieruchamiającego na całą kończynę dolną
f)	Zastosowanie krótkiego opatrunku unieruchamiającego na kończynie dolnej – podudzie
g)	Zastosowanie gipsu biodrowego
h)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od barku do ręki (ramienny)
i)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, od łokcia do palca (przedramienia)
j)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, ręka i dolne przedramię (opatrunek rękawiczkowy)
k)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego, palec (np. przykurcz)
l)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – ósemkowego
m)	Zastosowanie opatrunku unieruchamiającego – gips piersiowo-ramienny
n)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna górna)
o)	Usunięcie lub podzielenie opatrunku gipsowego (kończyna dolna)
2.	DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA
1)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi)
2)	Morfologia krwi obwodowej; kompletna morfologia krwi obwodowej (Hgb, HCT, erytrocyty (RBC), leukocyty (WBC) oraz płytki krwi) z automatycznym zliczaniem odsetków leukocytów

3)	Morfologia krwi obwodowej; z rozmazem, ocena mikroskopowa oraz ręcznie wykonany wzór odsetkowy leukocytów
4)	Morfologia krwi obwodowej, retikulocytoza – ręcznie
5)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – nieautomatycznie
6)	Szybkość opadania krwinek (OB – odczyn Biernackiego) – automatycznie
3.	BADANIA RADIOLOGICZNE
1)	Badanie radiologiczne – czaszka
2)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, jedna projekcja: czołowa PA
3)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, dwie projekcje: czołowa PA i boczna
4)	Badanie radiologiczne – żuchwa
5)	Badanie radiologiczne – układ kostny twarzy
6)	Badanie radiologiczne – klatka piersiowa, specjalne projekcje (np. w pozycji leżącej na boku)
7)	Badanie radiologiczne – żebra, jednostronne
8)	Badanie radiologiczne – żebra, obustronne
9)	Badanie radiologiczne – mostek
10)	Badanie radiologiczne – staw lub stawy mostkowo-obojczykowe
11)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (całość), badanie przeglądowe, projekcja PA lub boczna
12)	Badanie radiologiczne – kręgosłup szyjny
13)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy), w pozycji stojącej (skolioza)
14)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowy)
15)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek piersiowo-lędźwiowy)
16)	Badanie radiologiczne – kręgosłup (odcinek lędźwiowo-krzyżowy)
17)	Badanie radiologiczne – miednica
18)	Badanie radiologiczne – stawy krzyżowo-biodrowe
19)	Badanie radiologiczne – kość krzyżowa i kość ogonowa
20)	Badanie radiologiczne – obojczyk, całkowite
21)	Badanie radiologiczne – łopatką, całkowite
22)	Badanie radiologiczne – bark
23)	Badanie radiologiczne – stawy barkowo-obojczykowe
24)	Badanie radiologiczne – kość ramienna
25)	Badanie radiologiczne – staw łokciowy
26)	Badanie radiologiczne – przedramię
27)	Badanie radiologiczne – nadgarstek
28)	Badanie radiologiczne – ręka
29)	Badanie radiologiczne – palec (palce) ręki
30)	Badanie radiologiczne – biodro
31)	Badanie radiologiczne – kość udowa
32)	Badanie radiologiczne – kolano
33)	Badanie radiologiczne – oba kolana; w pozycji stojącej w projekcji PA
34)	Badanie radiologiczne – piszczel i strzałka
35)	Badanie radiologiczne – staw skokowy
36)	Badanie radiologiczne – stopa
37)	Badanie radiologiczne – kość piętowa
38)	Badanie radiologiczne – jama brzuszna, pojedyncza projekcja PA

4.	ULTRASONOGRAFIA
1)	Badanie ultrasonograficzne – klatka piersiowa
2)	Badanie ultrasonograficzne – jama brzuszna
3)	Badanie ultrasonograficzne – miednica
4)	Badanie ultrasonograficzne – moszna i jej zawartość
5)	Badanie ultrasonograficzne – kończyna, nienaczyniowe
5.	REHABILITACJA
1)	Ćwiczenia indywidualne – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
2)	Ćwiczenia grupowe (do 6 osób) – procedura terapeutyczna, w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ćwiczenia terapeutyczne, które mają na celu rozwijanie siły i wytrzymałości, zakresu ruchomości i giętkości
3)	Techniki terapii manualnej (np. metody McKenziego, Cyriax, Mulligana i PNF), jeden lub więcej obszarów, mobilizacje i manipulacje
4)	Wyciągi – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; trakcja mechaniczna
5)	Rower (rotor), cykloergometr – zastosowanie techniki w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów
6)	Kineziotaping
7)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; diatermia
8)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów podczerwień (sollux)
9)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultrafiolet
10)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; ultradźwięki
11)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; jonoforeza
12)	Galwanizacja
13)	Elektrostymulacja
14)	Tonoliza
15)	Prądy diadynamiczne
16)	Prądy interferencyjne
17)	Prądy Kotza
18)	Prądy Tens
19)	Prądy Traberta
20)	Impulsowe pole magnetyczne
21)	Laseroterapia (skaner, punktowo)
22)	Zastosowanie techniki fizykoterapii w obrębie jednego obszaru lub licznych obszarów; okłady ciepłe lub zimne (termożele)
23)	Krioterapia – miejscowa
24)	Krioterapia – zabieg w kriokomorze
6.	TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA
1)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, bez kontrastu
2)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne, bez kontrastu
3)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, bez kontrastu
4)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, bez kontrastu
5)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, bez kontrastu
6)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, bez kontrastu
7)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, bez kontrastu
8)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, bez kontrastu
9)	Tomografia komputerowa – miednica, bez kontrastu
10)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, bez kontrastu

11)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, bez kontrastu
12)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Tomografia komputerowa – głowa lub mózg, z kontrastem
14)	Tomografia komputerowa – oczodół, siodło lub tylna jama lub ucho zewnętrzne, środkowe lub wewnętrzne; z kontrastem
15)	Tomografia komputerowa – okolica szczękowo-twarzowa, z kontrastem
16)	Tomografia komputerowa – tkanki miękkie szyi, z kontrastem
17)	Tomografia komputerowa – klatka piersiowa, z kontrastem
18)	Tomografia komputerowa – kręgosłup szyjny, z kontrastem
19)	Tomografia komputerowa – odcinek piersiowy kręgosłupa, z kontrastem
20)	Tomografia komputerowa – odcinek lędźwiowy kręgosłupa, z kontrastem
21)	Tomografia komputerowa – miednica, z kontrastem
22)	Tomografia komputerowa – kończyna górna, z kontrastem
23)	Tomografia komputerowa – kończyna dolna, z kontrastem
24)	Tomografia komputerowa – jama brzuszna, z kontrastem
7. REZONANS MAGNETYCZNY	
1)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, bez kontrastu
2)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), bez kontrastu
3)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), bez kontrastu
4)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), bez kontrastu
5)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), bez kontrastu
6)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), bez kontrastu
7)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, bez kontrastu
8)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
9)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, bez kontrastu
10)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, bez kontrastu
11)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, bez kontrastu
12)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, bez kontrastu
13)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – oczodół, twarz i szyja, z kontrastem
14)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – mózg (z uwzględnieniem pnia mózgu), z kontrastem
15)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – klatka piersiowa (np. w celu oceny ewentualnej limfadenopatii we wnękach płuc lub w obrębie śródpiersia), z kontrastem
16)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek szyjny kręgosłupa), z kontrastem
17)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek piersiowy kręgosłupa), z kontrastem
18)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kanał kręgowy i jego zawartość (odcinek lędźwiowy kręgosłupa), z kontrastem
19)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – miednica, z kontrastem
20)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna górna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
21)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny górnej, z kontrastem
22)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – kończyna dolna, badanie nieskierowane na stawy, z kontrastem
23)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – którykolwiek staw w obrębie kończyny dolnej, z kontrastem
24)	Obrazowanie rezonansu magnetycznego – jama brzuszna, z kontrastem

WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ – UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE DZIECKA

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

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2; § 11; § 12 ust. 2-3 z uwzględnieniem definicji z § 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 z uwzględnieniem definicji z § 1
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan pełnej ochrony – nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka). W przypadku, gdy niniejsza umowa jest zawierana jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy Plan na dziś i jutro: § 9 ust. 1, 2, 4 z uwzględnieniem postanowień ogólnych warunków umowy podstawowej dotyczących pobierania składek ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym/ rachunku swobodnego dostępu poprzez umorzenie jednostek w przypadku czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe

WSTĘP DO UBEZPIECZENIA

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

W TYCH WARUNKACH UBEZPIECZENIA ZAMIEŚCILIŚMY INFORMACJE NA TEMAT:

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

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

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

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

Gdy piszemy **Ubezpieczone dziecko**, mamy na myśli dziecko, którego życie chronimy na podstawie zawartej **umowy dodatkowej**. **Ubezpieczonym dzieckiem** może być dziecko własne lub przysposobione **Ubezpieczonego**.

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

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

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

Jeżeli pojawią się pytania, można kontaktować się z nami przez telefon pod numerem: **224 224 224** lub przez naszą stronę internetową **www.allianz.pl**

DEFINICJE

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

§ 1. DEFINICJE

POJĘCIE	JAK JE ROZUMIEMY
1) miesięcznica polisy	dzień miesiąca odpowiadający dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
2) polisa	dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia .
3) rocznica polisy	każda rocznica dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej , a gdyby takiego dnia w danym roku nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej .
4) suma ubezpieczenia	kwota, którą wypłacamy jako świadczenie, gdy zajdzie zdarzenie ubezpieczeniowe .
5) umowa ubezpieczenia	umowa główna wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy głównej .
6) uposażony	osoba wyznaczona przez Ubezpieczone dziecko do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci.
7) zdarzenie ubezpieczeniowe	zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej , polegające na śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ochrony.

ZAKRES OCHRONY

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

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie **Ubezpieczonego dziecka**.
2. Jeśli w okresie ochrony dojdzie do śmierci **Ubezpieczonego dziecka**, wypłacimy świadczenie w wysokości **sumy ubezpieczenia** wynoszącej 100 zł, chyba że zachodzą przesłanki wyłączone naszą odpowiedzialnością, wskazane w § 3 tych warunków ubezpieczenia.

§ 3. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Nie wypłacimy świadczenia za śmierć **Ubezpieczonego dziecka**, jeśli doszło do niej w okresie ochrony wskutek samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę **Ubezpieczonego dziecka**, które nastąpiło przed upływem 2 lat od daty zawarcia **umowy dodatkowej**.

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

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

§ 4. WIEK UBEZPIECZONEGO DZIECKA

Ubezpieczeniem może być objęte **dziecko**, które w dniu złożenia wniosku o objęcie go ochroną w ramach **umowy dodatkowej** nie ma ukończonych 25 lat. Na rachunek każdego dziecka zawierasz odrębną **umowę dodatkową**.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY DODATKOWEJ I ROZPOCZĘCIE OCHRONY

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

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

1. **Umowę dodatkową** zawierasz z nami na okres 5 lat, chyba, że do zawarcia **umowy dodatkowej** dochodzi w dniu nie będącym **rocznicą polisy**, wówczas trwa ona do najbliższej **rocznicy polisy** oraz przez 4 kolejne lata, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. **Umowa dodatkowa** ulega przedłużeniu na kolejny 5-letni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie oświadczenia o nieprzedłużaniu **umowy dodatkowej**, przy czym możesz złożyć nam takie oświadczenie przed upływem bieżącego okresu

ubezpieczenia, zaś my możemy złożyć Ci je najpóźniej na miesiąc przed jego upływem.

3. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa, a **umowa dodatkowa** ulega rozwiązaniu – w zależności od tego, które zdarzenie z wymienionych poniżej nastąpiło wcześniej:
 - a) z upływem okresu, na który została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) z chwilą śmierci **Ubezpiezonego dziecka**,
 - c) z dniem **rocznicy polisy** bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez **Ubezpiezone dziecko** 26 lat,
 - d) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia **umowy głównej** (w przypadku rozwiązania **umowy głównej** wskutek nieoptacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa z tytułu **umowy dodatkowej** wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony z tytułu **umowy głównej**),
 - e) z dniem poprzedzającym dzień przekształcenia **umowy głównej** w ubezpieczenie bezskładkowe (o ile postanowienia **umowy głównej** przewidują takie rozwiązanie),
 - f) z dniem odstąpienia przez Ciebie od **umowy dodatkowej**,
 - g) z dniem, w którym upływa okres wypowiedzenia **umowy dodatkowej**.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY DODATKOWEJ

1. Możesz odstąpić od **umowy dodatkowej**, jeśli złożysz nam oświadczenie o odstąpieniu w terminie 30 dni od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**. Jeżeli jesteś konsumentem, a my najpóźniej w dniu zawarcia **umowy dodatkowej** nie poinformowaliśmy Cię o prawie do odstąpienia od tej umowy, termin 30 dni na odstąpienie od **umowy dodatkowej** liczy się od dnia, w którym dowiedziałeś się o tym prawie.
2. Jeśli jako konsument zawrzesz **umowę dodatkową** na odległość, termin w którym możesz odstąpić od **umowy dodatkowej** wynosi 30 dni od dnia poinformowania Cię o zawarciu **umowy dodatkowej** lub od dnia potwierdzenia tej informacji, o którym mowa w art. 39 ust. 3 ustawy o prawach konsumenta jeżeli jest to termin późniejszy. Termin uważa się za zachowany, jeżeli oświadczenie o odstąpieniu od **umowy dodatkowej** zostanie wysłane przed jego upływem.
3. Jeżeli odstąpisz od **umowy dodatkowej**, zwrócimy Ci wpłaconą składkę w terminie 7 dni od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu. Pomniejszymy ją o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym udzielaliśmy ochrony.

§ 8. WYPOWIEDZENIE UMOWY DODATKOWEJ

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

§ 9. SKŁADKA

1. Składkę z tytułu **umowy dodatkowej** ustalamy na podstawie obowiązującej taryfy składek oraz wyniku dokonanej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Jesteś zobowiązany do optacenia składki z tytułu **umowy dodatkowej** w terminach i z częstotliwością określoną dla składki z tytułu **umowy głównej**.
3. Określone w **OWU** konsekwencje nieoptacenia składki z tytułu **umowy głównej** stosujemy również do składki z tytułu **umowy dodatkowej**.
4. Wysokość składki z tytułu **umowy dodatkowej** jest stała przez cały okres ubezpieczenia.

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

1. Przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub zmianę prawa właściwego dla tej umowy prześlemy **Ubezpieczającemu**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu **umowy dodatkowej**.
2. Poinformujemy **Ubezpieczającego**, na piśmie lub – jeżeli wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, nie rzadziej niż raz w roku,

o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu **umowy dodatkowej**, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania **umowy dodatkowej**. Po raz pierwszy prześlemy te informacje **Ubezpieczającemu** nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia **umowy dodatkowej**.

3. Informacje, o których mowa w ust. 1 i 2 możemy przekazać za zgodą **Ubezpieczającego** również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
4. **Ubezpieczający** jest zobowiązany do przekazania **Ubezpieczonemu dziecku**, na piśmie lub – jeżeli **Ubezpiezone dziecko** wyrazi na to zgodę – na innym trwałym nośniku, informacji określonych w ust. 1 i 2. Informacje te przekazuje się **Ubezpieczonemu dziecku**:
 - a) przed wyrażeniem przez **Ubezpieczającego** zgody na zmianę warunków **umowy dodatkowej** lub prawa właściwego dla **umowy dodatkowej** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez nas **Ubezpieczającemu** – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 2.
5. Na żądanie **Ubezpiezonego dziecka**, prześlemy mu informacje określone w ust. 1 i 2.
6. Zmiany **umowy dodatkowej** na niekorzyść **Ubezpiezonego dziecka** lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia w razie śmierci **Ubezpiezonego dziecka** wymagają zgody tego **Ubezpiezonego dziecka**.

ZDARZENIE OBJĘTE UBEZPIECZENIEM – I CO DALEJ

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

§ 11. ZGŁOSZENIE ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** należy poinformować nas o tym fakcie. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** można zgłosić między innymi:
 - a) przez elektroniczny formularz na stronie www.allianz.pl,
 - b) telefonicznie 224 224 224,
 - c) na adres: TU Allianz Życie Polska S.A., ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa,
 - d) w każdej naszej placówce.
2. Jeżeli **umowa dodatkowa** była zawarta na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego** mogą zgłosić nam również spadkobiercy **Ubezpiezonego dziecka**. W tym przypadku, spadkobierca jest traktowany tak, jak uprawniony z **umowy dodatkowej**.

§ 12. ZASADY USTALANIA I WYPŁATY ŚWIADCZENIA

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wystąpieniu **zdarzenia ubezpieczeniowego**:
 - a) informujemy o tym **Ubezpieczającego** (jeżeli to nie on wystąpił z tym zawiadomieniem), oraz
 - b) podejmujemy postępowanie dotyczące ustalenia przyczyn i okoliczności **zdarzenia ubezpieczeniowego**, oceny zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także
 - c) informujemy osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości świadczenia (o ile jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania). Wykaz dokumentów niezbędnych do ustalenia naszej odpowiedzialności dostępny jest również na naszej stronie internetowej www.allianz.pl.
2. Świadczenie wypłacamy na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dotychczas wskazane przez nas dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Wniosek o wypłatę można złożyć również na udostępnionym przez nas druku.
3. **Zdarzenia ubezpieczeniowe**, które wydarzyły się poza granicami Polski można nam potwierdzić dostarczając dokumentację w języku polskim lub angielskim, lub przetłumaczoną na język polski lub angielski.

- Świadczenie spełnimy w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymamy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
- Mamy prawo przesunąć termin spełnienia świadczenia, jeżeli w ciągu 30 dni nie będzie możliwe wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości świadczenia. W takiej sytuacji świadczenie spełnimy w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – będziemy mogli wyjaśnić te okoliczności.
- Bezsporną część świadczenia jesteśmy zobowiązani spełnić w ciągu 30 dni od dnia, w którym otrzymaliśmy zawiadomienie o **zdarzeniu ubezpieczeniowym**.
- Jeżeli nie wypłacimy świadczenia w terminach określonych w ustawie lub w **umowie dodatkowej**, poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub części, a także wypłacimy bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub jeżeli przyznaliśmy kwotę inną niż określona w zgłoszonym roszczeniu poinformujemy na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie i wskażemy na okoliczności oraz podstawę prawną takiej decyzji. W informacji zawrzemy pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 13. OSOBY UPRAWNIONE DO ŚWIADCZENIA

- W razie zajścia **zdarzenia ubezpieczeniowego** świadczenie wypłacimy **uposażonym**, a w razie ich braku lub utraty przez nich prawa do świadczenia – innym uprawnionym, o których mowa w ust. 3.
- Ubezpieczone dziecko** może wskazać jednego lub większą liczbę **uposażonych** jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia (**sumy ubezpieczenia**) na wypadek jego śmierci. Wskazanie **uposażonego** jest bezskuteczne, jeżeli **uposażony** zmarł przed śmiercią **Ubezpieczonego dziecka** albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.
- Jeżeli w chwili śmierci **Ubezpieczonego dziecka** nie ma **uposażonego** lub utracił on prawo do świadczenia, świadczenie na wypadek śmierci **Ubezpieczonego dziecka** przysługuje najbliższej rodzinie **Ubezpieczonego dziecka** według następującej kolejności:
 - rodzice w równych częściach;
 - rodzeństwo w równych częściach (gdy nie ma rodziców);
 - w równych częściach inni spadkobiercy **Ubezpieczonego dziecka**, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA I INNE WAŻNE INFORMACJE

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

§ 14. REKLAMACJE, SKARGI, ZAŻALENIA

- Reklamację na nasze usługi, skargę lub zażalenie można złożyć w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Można to zrobić:
 - na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszej siedzibie,
 - elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl.
- Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się nasz zarząd lub osoba, którą upoważnimy.
- Rozpatrzymy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowiemy na nią bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wystanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, możemy wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji poinformujemy osobę, która złożyła reklamację, skargę lub

zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustalimy, aby rozpatrzyć sprawę oraz określimy przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.

- Odpowiemy na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie. E-mailem odpowiadamy na reklamację, skargę lub zażalenie wyłącznie na prośbę osoby, która ją złożyła.
- Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym lub zażaleniom udostępniamy na naszej stronie internetowej www.allianz.pl oraz w naszych jednostkach obsługujących klientów.

§ 15. ALTERNATYWNE SPOSOBY ROZWIĄZYWANIA SPORÓW

- Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
- Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla nas do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu mamy obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (nasz udział w tym postępowaniu wymaga naszej zgody). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.
- W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawartych z nami za pośrednictwem strony internetowej lub drogą elektroniczną, można skorzystać z platformy ODR służącej do rozstrzygania sporów konsumenckich w trybie online. Wymagane jest wypełnienie elektronicznego formularza reklamacji dostępnego pod adresem: <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>.

§ 16. OCHRONA DANYCH OSOBOWYCH

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

§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko** oraz my (**Allianz**) jesteśmy zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu. **Ubezpieczający i Ubezpieczone dziecko** zobowiązani są ponadto informować nas o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (imię i nazwisko, rodzaj i dane dokumentu tożsamości) oraz danych kontaktowych (e-mail, numer telefonu) – jeżeli zostały podane. Jesteśmy zobowiązani do poinformowania **Ubezpieczającego i Ubezpieczonego dziecka** o każdej zmianie danych identyfikacyjnych (nazwa firmy, nr KRS, NIP, REGON).
- W sprawach nieuregulowanych w tym dokumencie mają zastosowanie **OWU**. Oba te dokumenty należy czytać łącznie.
- Jeżeli jakieś kwestie nie są uregulowane w **umowie ubezpieczenia**, w tych warunkach ubezpieczenia lub w **OWU**, zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, RODO i inne przepisy prawa polskiego. Prawo polskie jest prawem właściwym dla tej umowy do jej zawarcia i wykonywania, jak również stanowi podstawę dla stosunków między nami a konsumentami przed zawarciem **umowy dodatkowej** na odległość.
- W relacjach wynikających z tych warunków ubezpieczenia stosujemy język polski.
- Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finance/ oraz w naszej siedzibie (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa).
- Pozew, który dotyczy **umowy dodatkowej** lub z niej wynika, można wnieść do sądu:
 - właściwości ogólnej – zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
 - właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby **Ubezpieczającego, Ubezpieczonego dziecka** lub uprawnionego z **umowy dodatkowej**,
 - właściwego dla miejsca zamieszkania spadkobiercy **Ubezpieczonego dziecka** lub spadkobiercy uprawnionego z **umowy dodatkowej**.

Te warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 40/2021 i wchodzi w życie z dniem 14 lipca 2021 r.

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 631 000 złotych (wpłacony w całości).



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU

RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU

MARTIN KLECHA
CZŁONEK ZARZĄDU



VOJTĚCH PIVNÝ
CZŁONEK ZARZĄDU

KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH DLA UBEZPIECZENIA PLAN NA DZIŚ I JUTRO

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejszy Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (dalej: „Regulamin”) określa zasady i cele funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, oferowanych i tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (dalej: „Allianz”) w ramach umów ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro.
2. W ramach umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro dostępne są następujące Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe:
 - a) Fundusz Pieniężny,
 - b) Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych,
 - c) Fundusz Obligacji,
 - d) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
 - e) Fundusz Akcji Plus,
 - f) Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek.
3. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają odpowiednio zapisy Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, dalej zwanych „o.w.u.”.

§ 2. DEFINICJE

1. Terminy używane w niniejszym Regulaminie oznaczają:
 - 1) **Dzień rejestracji** – dzień roboczy, w którym następuje rejestracja zgłoszonego roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego lub dyspozycji, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt 1, w systemie obsługi polis Allianz. Jest nim 5 dzień roboczy, licząc od daty otrzymania przez Allianz zgłoszenia roszczenia lub odpowiedniej dyspozycji albo licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis lub infolinii Allianz (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość),
 - 2) **Dzień wyceny** – dzień, w którym ustalana jest Wartość Aktywów Netto Funduszu i Wartość Aktywów Netto Funduszu na jednostkę Funduszu, tj. każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., a także ostatni dzień miesiąca, jeśli przypada on na dzień wolny od pracy,
 - 3) **Fundusz (Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia,
 - 4) **Instrumenty Rynku Pieniężnego** – rozumie się przez to papiery wartościowe lub prawa majątkowe inkorporujące wyłącznie wierzytelności pieniężne:
 - a) o terminie realizacji praw nie dłuższym niż 397 dni liczonym od dnia ich wystawienia lub od dnia ich nabycia, lub
 - b) które regularnie podlegają dostosowaniu do bieżących warunków panujących na rynku pieniężnym w okresach nie dłuższych niż 397 dni– oraz co do których istnieje podaż i popyt umożliwiające ich nabywanie i zbywanie w sposób ciągły na warunkach rynkowych, przy czym przejściowa utrata płynności przez papier wartościowy lub prawo majątkowe nie powoduje utraty przez ten papier lub prawo statusu instrumentu rynku pieniężnego,
 - 5) **Strona internetowa Allianz** – www.allianz.pl,
 - 6) **Uczestnik Funduszu (Uczestnik)** – Ubezpieczający, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek podstawowych lub doraźnych z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz,
 - 7) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – całkowita wartość aktywów Funduszu, pomniejszona o jego zobowiązania.
2. Pozostałe terminy użyte w Regulaminie mają znaczenie nadane im w o.w.u.

§ 3. WYCENA JEDNOSTKI UCZESTNICTWA I AKTYWÓW FUNDUSZY

1.
 - 1) Każdy Fundusz podzielony jest na jednostki o jednakowej wartości.
 - 2) Jednostki nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich.
2.
 - 1) Cena jednostki uczestnictwa Funduszu ustalana jest każdorazowo w Dniu wyceny. W przypadku, gdy wskutek okoliczności niezależnych od Allianz w danym Dniu wyceny nie będzie możliwa wycena jednostek, Allianz dokona wyceny jednostek w pierwszym Dniu wyceny następującym po ustaniu tychże okoliczności. W przypadku braku możliwości dokonania wyceny, Allianz niezwłocznie zamieści na swojej Stronie internetowej informację o przyczynie takiego stanu rzeczy.
 - 2) Cena jednostki uczestnictwa Funduszu równa jest Wartości Aktywów Netto Funduszu podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa Funduszu w danym Dniu wyceny.
 - 3) W przypadku zaistnienia błędu w procesie wyceny jednostek, Allianz zastrzega sobie prawo dokonania korekty wyceny.
 - 4) Cena jednostki uczestnictwa wyznaczana jest z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.
 - 5) Allianz informuje Uczestników Funduszu o cenie jednostki uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyceny Funduszy są publikowane na Stronie internetowej Allianz.
3.
 - 1) Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz, o których mowa w § 7 ust. 2, przy czym wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wycenia Allianz na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu wyceny.
 - 2) Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wyznaczana jest z dokładnością do jednego grosza.
4. Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:
 - 1) członkom Zarządu lub Rady Nadzorczej Allianz,
 - 2) osobom zatrudnionym w Allianz,
 - 3) osobom pozostającym z osobami wymienionym w punkcie 1) i 2) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa.
5. Fundusz nie może nabywać aktywów od któregośkolwiek podmiotu wymienionego w ust. 4.

§ 4. TERMINY I ZASADY NABYCIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Zasady dotyczące nabycia jednostek uczestnictwa oraz alokacji składki regulują zapisy niniejszego paragrafu oraz odpowiednie postanowienia o.w.u.
2. Jednostki uczestnictwa nabywane są ze środków pochodzących ze składek podstawowych lub doraźnych opłacanych z tytułu umów ubezpieczenia.
3.
 - 1) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu za wpłatą składki podstawową następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu, w którym ściśle spełnione zostały poniższe warunki:
 - a) została wystawiona polisa,
 - b) składka podstawowa stała się wymagalna,
 - c) zapłacono składkę podstawową.
 - 2) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu za wpłatą składki doraźną następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dacie zapłaty składki doraźnej.
 - 3) Nabycie jednostek uczestnictwa danego Funduszu z tytułu realizacji dyspozycji przeniesienia środków następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego

dnia roboczego po dniu umorzenia jednostek uczestnictwa Funduszu, z którego przeniesienie środków następuje.

- 4) Nabywanie jednostek uczestnictwa danego Funduszu z tytułu realizacji dyspozycji wznowienia umowy następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu zarejestrowania dyspozycji wznowienia umowy w systemie obsługi polis Allianz.
4. Liczbę zakupionych jednostek uczestnictwa ewidencjonuje się na właściwym rachunku jednostek z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

§ 5. TERMINY I ZASADY UMORZEŃ JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Zasady dotyczące umorzenia jednostek uczestnictwa regulują zapisy niniejszego paragrafu oraz odpowiednie postanowienia o.w.u.
2.
 - 1) Umorzenie jednostek uczestnictwa następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny licząc od następnego dnia roboczego po Dniu rejestracji dyspozycji: wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, przeniesienia środków, wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy w systemie obsługi polis Allianz.
 - 2) Umorzenie jednostek uczestnictwa w razie wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny licząc od następnego dnia roboczego po Dniu rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.
3. Jeżeli w dniu rejestracji w systemie obsługi polis Allianz dyspozycji Ubezpieczającego dotyczącej: wypowiedzenia umowy, przeniesienia środków, wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy, istnieją inne dyspozycje Ubezpieczającego w trakcie realizacji, uniemożliwiające wykonanie nowej dyspozycji, wówczas Allianz zrealizuje złożone dyspozycje według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy rejestracji poszczególnych dyspozycji określone w § 2 ust. 1 pkt1) ulegają wydłużeniu i będą liczone począwszy od dnia, w którym upłynął termin rejestracji poprzedniej dyspozycji.
4. Liczbę umorzonych jednostek uczestnictwa określa się z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

§ 6. TWORZENIE I LIKWIDACJA FUNDUSZU

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do tworzenia nowych lub likwidacji oferowanych Funduszy, w tym do wycofywania ich z oferty.
2.
 - 1) Allianz ma prawo likwidacji Funduszu w przypadku wystąpienia istotnych przyczyn, którymi są:
 - a) likwidacja funduszu inwestycyjnego, którego jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu,
 - b) zmiana sytuacji prawnej funduszu inwestycyjnego, która powoduje brak możliwości funkcjonowania Funduszu,
 - c) połączenie funduszu inwestycyjnego, którego jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu z innym funduszem inwestycyjnym,
 - d) istotna zmiana polityki inwestycyjnej funduszu inwestycyjnego, którego jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu,
 - e) zawieszenie przez fundusz inwestycyjny, którego jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, odkupywania lub nabywania jednostek uczestnictwa,
 - f) rozwiązanie z inicjatywy funduszu inwestycyjnego, którego jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, umowy zawartej z Allianz, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego,
 - g) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu z powodu rażącego naruszenia warunków tej umowy lub rażącego naruszenia wykonywania umowy,
 - h) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, z powodu utraty zaufania do towarzystwa funduszy inwestycyjnych spowodowanej nałożeniem na towarzystwo funduszy inwestycyjnych kary przez Komisję Nadzoru Finansowego lub prezesa UOKiK,

- i) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych, którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, z powodu podniesienia przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych opłat pobieranych przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych z aktywów funduszu inwestycyjnego,
 - j) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych, którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, z powodu objęcia towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub rynku, na którym działa lub rynku, na którym inwestowane są aktywa funduszu inwestycyjnego jakimikolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - k) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych, którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, z powodu objęcia akcjonariusza towarzystwa funduszy inwestycyjnych jakimikolwiek sankcjami lub embargami nałożonymi przez instytucje międzynarodowe lub poszczególne kraje,
 - l) rozwiązanie z inicjatywy Allianz umowy z towarzystwem funduszy inwestycyjnych, regulującej warunki dystrybucji jednostek uczestnictwa funduszu/y, inwestycyjnego/ych, którego/których jednostki uczestnictwa stanowią ponad 50% aktywów Funduszu, z powodu zaistnienia uzasadnionych przesłanek wskazujących na zagrożenie wypłacalności Towarzystwa,
 - m) okoliczności niezależne od Allianz, które powodują brak możliwości funkcjonowania Funduszu na warunkach wskazanych w umowie.
- 2) W przypadku likwidacji Funduszu, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej likwidacji, Allianz poinformuje o:
 - a) nazwie likwidowanego Funduszu,
 - b) dacie likwidacji Funduszu,
 - c) terminie, w którym można złożyć wniosek o przeniesienie środków z likwidowanego Funduszu oraz wniosek o zmianę alokacji składki.
 - 3) Dodatkowo informacja o likwidacji Funduszu zamieszczana jest na Stronie internetowej Allianz.
 3. Jeżeli do daty likwidacji Funduszu jego Uczestnik nie wskaże innego Funduszu, na którego jednostki uczestnictwa mają zostać przeliczone jednostki uczestnictwa likwidowanego Funduszu, z datą likwidacji zostaną one przeliczone na jednostki uczestnictwa Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz zasady lokowania aktywów są, zgodnie z najlepszą wiedzą Allianz, najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz zasad lokowania aktywów likwidowanego Funduszu.
 4. Jeżeli do daty likwidacji Funduszu jego Uczestnik nie zmieni dyspozycji alokacji składki, Allianz alokuje część składki wpłacaną do likwidowanego Funduszu na zasadach opisanych w ust. 3.
 5. Jeżeli w terminie 30 dni przed dniem likwidacji Funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję przeniesienia środków lub zmiany alokacji składki, która miałyby skutkować nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Allianz odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego.
 6. W przypadku utworzenia nowego Funduszu Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego. Informacja o utworzeniu nowego Funduszu zamieszczona zostanie na Stronie internetowej Allianz.

§ 7. KOSZTY OBCIĄŻAJĄCE FUNDUSZ

1. Działalność Funduszu jest finansowana bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Allianz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego oraz umowami ubezpieczenia z Uczestnikami Funduszu.
2. Bezpośrednio z aktywów Funduszu finansowane są:
 - 1) koszty i wydatki związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, tj.:
 - a) prowizje i opłaty związane z prowadzeniem i obsługą rachunków bankowych, przekazywaniem środków pieniężnych,
 - b) koszty ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych,
 - c) koszty prowizji maklerskich i bankowych,
 - d) koszty finansowania Funduszu kapitałem obcym,

- 2) koszty zarządzania Funduszem przez Allianz odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Allianz (zwanego: „opłatą za zarządzanie”).
3. Allianz pobiera opłatę za zarządzanie Funduszem, zgodnie z postanowieniami o.w.u., w wysokości (w skali roku) ustalonej procentowo w stosunku do wartości aktywów każdego z Funduszy, zgodnie z poniższą tabelą:

Fundusz Pieniężny	1,5%
Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych	2,0%
Fundusz Obligacji	2,0%
Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,0%
Fundusz Akcji Plus	3,0%
Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek	3,0%

4. Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są ponoszone przez Allianz.
5. Allianz może czasowo obniżyć wysokość opłaty, o której mowa w ust. 3, pobieranej za zarządzanie Funduszem. Informacja o aktualnej wysokości tej opłaty i okresie obowiązywania danej stawki znajduje się na Stronie internetowej Allianz oraz można ją uzyskać korzystając z infolinii Allianz.

§ 8. CEL INWESTYCYJNY FUNDUSZY

1. Celem inwestycyjnym Funduszy jest wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat.
2. Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, określonego w ust. 1).
3. Wyniki Funduszy osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.
4. Inwestycje w Fundusze są obciążone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków.
5. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem w wybrane Fundusze, ponosi Ubezpieczający. Charakterystykę ryzyk inwestycyjnych określają postanowienia § 12.

§ 9. CHARAKTERYSTYKA AKTYWÓW I KATEGORIE DOPUSZCZALNYCH LOKAT FUNDUSZY

1. Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące kategorie lokat:
 - 1) akcje, warianty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe, na zasadach określonych w ust. 2,
 - 2) listy zastawne, dłużne papiery wartościowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego, na zasadach określonych w ust. 2,
 - 3) depozyty bankowe,
 - 4) instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, na zasadach określonych w ust. 3,
 - 5) jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze inwestycyjne, w tym fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, waluty.
2. Dokonując lokat w kategorie lokat, o których mowa w ust. 1 pkt 1)- 2) aktywa Funduszy inwestowane są w:
 - 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - 2) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim, na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim, lub na rynku zorganizowanym w państwie OECD innym niż Rzeczypospolita Polska i państwo członkowskie,
 - 3) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego, inne niż określone w punktach powyższych, przy czym łączna wartość tych lokat nie może przewyższać 10% Wartości Aktywów Netto danego Funduszu.
3. Fundusze mogą inwestować swoje aktywa w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, zarówno w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu, jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.

§ 10. POLITYKA INWESTYCYJNA, KRYTERIA DOBORU LOKAT, ZASADY DYWERSYFIKACJI I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY

1. Fundusz Pieniężny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu, przede wszystkim, w krótkoterminowe instrumenty dłużne, emitowane lub gwarantowane głównie przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, a także w inne instrumenty dłużne papiery wartościowe zapewniające konkurencyjne oprocentowanie, emitowane przez inne podmioty o najwyższej wiarygodności. Maksymalny, ważony wartością lokat, czas trwania tych lokat (duration) nie może być dłuższy niż 1 rok. Udział listów zastawnych, dłużnych papierów wartościowych, Instrumentów Rynku Pieniężnego oraz depozytów bankowych w Wartości Aktywów Netto Funduszu będzie zawierał się w przedziale od 70% do 100% Wartości Aktywów Netto tego Funduszu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest ochrona realnej wartości Aktywów tego Funduszu.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Pieniężnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 2-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w papiery wartościowe lub Instrumenty Rynku Pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również do lokat w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczypospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Ponadto Allianz może inwestować aktywa Funduszu w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu, jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Pieniężnego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

2. Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w dłużne papiery wartościowe, w tym w szczególności w obligacje i bony skarbowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego emitowane przez Skarb Państwa. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Aktywa Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2-5.
- 4) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 5) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 4) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,

- d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 6) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

3. Fundusz Obligacji

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów w średnio- i długoterminowe instrumenty dłużne emitowane przez przedsiębiorstwa oraz emitowane i gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, rządy państw członkowskich, a także innych państw należących do OECD, również z wykorzystaniem instrumentów pochodnych. Ponadto aktywa mogą być inwestowane w dłużne papiery wartościowe emitowane przez inne niż wskazane w zdaniu poprzednim podmioty. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 punkt 1), mogą stanowić do 10% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

4. Fundusz Stabilnego Wzrostu

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warianty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu będzie się zawierał w przedziale od 0% do 40%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji

podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.

- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały papiery wartościowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu ustalane są na podstawie analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

5. Fundusz Akcji Plus

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w akcje i obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warianty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., charakteryzujących się solidnymi fundamentami i dobrymi perspektywami rozwoju.
- 3) Proporcje między lokatami aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Plus mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,

f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.

- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

6. Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje i obligacje zamienne małych i średnich spółek oraz inne instrumenty oparte o akcje tych spółek takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które to rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
- a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

§ 11. ZMIANA ZASAD LOKOWANIA AKTYWÓW FUNDUSZU

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Funduszy (tj. polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych

w Regulaminie) w przypadku konieczności dostosowania procesu zarządzania ryzykiem inwestycyjnym oraz rodzaju inwestycji do regulacji prawnych w przypadku ich zmiany lub rekomendacji, zaleceń czy decyzji organu nadzoru.

2. W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Funduszu, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz poinformuje o terminie i wprowadzanych zmianach. Dodatkowo informacja o zmianie zamieszczana jest na Stronie internetowej Allianz.

§ 12. CHARAKTERYSTYKA RYZYK INWESTYCYJNYCH ZWIĄZANYCH Z INWESTYCJAMI W FUNDUSZE

Inwestowanie składek w jednostki Funduszy wiąże się z następującymi rodzajami ryzyk inwestycyjnych:

1. Ryzyko rynkowe związane ze zmianami otoczenia gospodarczego, politycznego lub prawnego oraz ogólnej koniunktury panującej na rynkach finansowych. Wskazane okoliczności wpływają na ceny instrumentów finansowych. Najważniejsze czynniki ryzyka rynkowego to ryzyko stopy procentowej i ryzyko rynku akcji. Ryzyko stopy procentowej oznacza możliwość takiej zmiany wysokości stóp procentowych, która będzie prowadziła do zmniejszenia się wartości poszczególnych dłużnych instrumentów finansowych, a tym samym także zmniejszenia się wartości aktywów Funduszu. Zależność cen dłużnych instrumentów finansowych od rynkowych stóp procentowych jest odwrotna do kierunku zmian stóp procentowych. Wraz ze spadkiem rynkowych stóp procentowych ceny dłużnych instrumentów finansowych rosną, a przy wzroście stóp procentowych ceny dłużnych instrumentów finansowych spadają. Ryzyko rynku akcji to możliwość niekorzystnej zmiany wartości akcji. Na ryzyko rynku akcji składają się: ryzyko systematyczne całego rynku akcji, ryzyko branży oraz ryzyko specyficzne konkretnego emitenta akcji. Ryzyko systematyczne zależy od sytuacji makroekonomicznej, ryzyko branży polega na spadku popytu, zmianach technologicznych, czy wzroście konkurencji w ramach danej branży, natomiast ryzyko specyficzne jest związane z inwestowaniem w akcje poszczególnych emitentów akcji. Zmiany w systemie prawnym, w tym podatkowym, mogą narazić Uczestników Funduszy na możliwość ponoszenia dodatkowych obciążeń, które w sposób znaczący mogą negatywnie wpływać na realizowane przez Uczestnika stopy zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa.
2. Ryzyko kredytowe związane jest z możliwością trwałej lub czasowej utraty przez emitentów zdolności do wywiązywania się z zaciągniętych zobowiązań, w tym również z trwałą lub czasową niemożnością zapłaty odsetek od zobowiązań. Sytuacja taka może mieć miejsce w następstwie pogorszenia się kondycji finansowej emitenta spowodowanego zarówno czynnikami wewnętrznymi emitenta, jak i uwarunkowaniami zewnętrznymi (takimi jak parametry ekonomiczne, otoczenie prawne lub polityczne). Pogorszenie się kondycji finansowej emitenta znajduje swoje odzwierciedlenie w spadku cen dłużnych papierów wartościowych wyemitowanych przez ten podmiot, a także może prowadzić do spadku cen akcji tego podmiotu. W skład tej kategorii ryzyka wchodzi również ryzyko związane z obniżeniem ratingu kredytowego emitenta przez agencję ratingową i wynikający z niego spadek cen dłużnych papierów wartościowych będący następstwem wymaganej przez inwestorów wyższej premii za ryzyko.
3. Ryzyko rozliczeniowe to ryzyko poniesienia straty z tytułu nieterminowego rozliczenia lub braku rozliczenia transakcji dotyczących składników aktywów Funduszu. Nieteterminowe rozliczenie lub brak rozliczenia transakcji może w przypadku negatywnego zachowania się cen papierów wartościowych wpływać na spadki wartości jednostki uczestnictwa. Dotyczy to szczególnie transakcji na rynku międzybankowym (OTC) oraz transakcji na rynkach, na których nie funkcjonuje system rozliczeń nadzorowanych przez niezależną izbę rozliczeniową (gdzie stosowana jest zasada transferu papierów wartościowych bez płatności).
4. Ryzyko płynności inwestycji to ryzyko wynikające z braku możliwości zakupu lub zbycia instrumentu finansowego w krótkim czasie bez znacznego wpływu na jego cenę. W przypadku nagłych zmian na rynku przeprowadzanie transakcji może wiązać się z dodatkowymi kosztami.
5. Ryzyko walutowe to możliwość zmiany wysokości kursów walutowych, które mogą niekorzystnie wpłynąć na wartość inwestycji denominowanych w walutach obcych. Wahania kursu złotego względem walut obcych mogą przekładać się na wahania wartości jednostki uczestnictwa. W wypadku inwestycji w instrumenty finansowe denominowane w walutach obcych możliwe jest podejmowanie działań mających na celu ograniczanie ryzyka inwestycyjnego związanego ze zmianą kursów walut obcych, w tym także poprzez

zawieranie umów mających za przedmiot instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne. Jednak ze względu na charakter tych transakcji nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie tego ryzyka.

6. Ryzyko związane z koncentracją aktywów Funduszu, które polega na tym, że znaczna część aktywów zarządzanych przez Fundusze zostanie ulokowana w jeden instrument finansowy lub w jeden sektor rynku, a w razie wystąpienia zmiany ceny tego instrumentu finansowego lub zmiany koniunktury w tym sektorze rynku może to wpłynąć negatywnie na oczekiwaną stopę zwrotu z inwestycji.
7. Ryzyko związane z możliwością zawieszenia podawania do publicznej wiadomości wyceny wartości instrumentów finansowych, w które inwestuje Fundusz – zawieszenie może wynikać z zawieszenia obrotu na giełdzie, gdzie notowane są instrumenty finansowe lub z braku możliwości ustalenia wartości godziwej instrumentu finansowego. Dodatkowo, w razie wystąpienia takiej sytuacji, Allianz może podjąć decyzję o zawieszeniu odkupowania jednostek uczestnictwa tego Funduszu, co będzie oznaczać dla Uczestników danego Funduszu brak możliwości natychmiastowego zamknięcia inwestycji.
8. Ryzyko otwarcia likwidacji funduszu inwestycyjnego/funduszu zagranicznego, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy.
9. Ryzyko inflacji występujące z uwagi na fakt, iż poziom inflacji ma zasadniczy wpływ na wielkość realnej stopy zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa. Może się zdarzyć, że z uwagi na wysoki poziom inflacji realna stopa zwrotu z inwestycji w jednostki uczestnictwa okaże się ujemna, pomimo tego, że nominalna stopa zwrotu z inwestycji w te jednostki uczestnictwa będzie dodatnia. W związku z tym Uczestnik Funduszu narażony jest na ryzyko utraty realnej wartości inwestycji.

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy o.w.u oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.
2. Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 17/2020 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 27 marca 2020 roku.



MATTHIAS BALTIN
PREZES ZARZĄDU



RADOSŁAW KAMIŃSKI
WICEPREZES ZARZĄDU



GRZEGORZ KRAWIEC
CZŁONEK ZARZĄDU



KRZYSZTOF WANATOWICZ
CZŁONEK ZARZĄDU

ZAŁĄCZNIK

O OPODATKOWANIU ŚWIADCZEŃ DO UMÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

OPODATKOWANIE KWOT OTRZYMANYCH Z TYTUŁU UBEZPIECZEŃ MAJĄTKOWYCH I OSOBOWYCH

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. Nr 361 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o PIT” od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działań specjalnych produkcji rolnych, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT;
- b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów

o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

- a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych,
- b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
- c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników - do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych.

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, uzyskane w związku z:

- a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
- b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
- c) wypłatą transferową

- z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych poczynając od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycia, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

- 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo
- 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik

- jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU USTAWY O PODATKU OD SPADKÓW I DAROWIZN

W myśl art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 z późn. zm.).

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkowi nie podlega:

- a) nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

EGZEKUCJA SĄDOWA ŚWIADCZEŃ I ODSZKODOWAŃ

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej za-
kładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO KOSZT UZYSKANIA PRZYCHODU

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.) oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA JAKO PRZYCHÓD PRACOWNIKA

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.

[illegible]

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa

Zadzwoń do Twojego agenta