Ogólne warunki ubezpieczenia

Plan na dziś i jutro

Allianz

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)
Część I. Podstawowe informacje o ubezpieczeniu, czyli kto i od jakich zdarzeń losowych może być ubezpieczony. 1
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 1
§ 2. Jakie są definicje stosowanych pojęć? 1
§ 3. Jaki jest cel i zakres umowy podstawowej zawartej w ramach Planu na dziś i jutro? 2
§ 4. Jaką kwotę wypłaci Allianz w razie zajścia zdarzenia oraz w jakich wypadkach wypłata może być ograniczona? 2
Część II. Umowa ubezpieczenia – jak ją zawrzeć, przekształcić, rozwiązać lub wznowić 3
§ 5. Jak zawrzeć umowę? 3
§ 6. Ubezpieczony, Ubezpieczeni – ile osób może być objętych ochroną? 3
§ 7. Jakie są warunki rozwiązania umowy? 4
§ 8. Jak i kiedy można wznowić umowę? 4
Część III. Składka ubezpieczeniowa 5
§ 9. Jakie są zasady opłacania składki? 5
§ 10. Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki? 5
§ 11. Jak dochodzi do zamiany umowy w ubezpieczenie bezskładkowe? 5
§ 12. Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek? 6
§ 13. Na czym polega indeksacja składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia z umów dodatkowych? 6
Część IV. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe (Fundusze) 6
§ 14. Co należy wiedzieć o funduszach? 6
§ 15. Jak są inwestowane składki podstawowe i składki doraźne? 7
§ 16. Jak zmieniać alokację składki i przenosić środki? 7
Część V. Opłaty 7
§ 17. Jakie opłaty są pobierane w związku z ubezpieczeniem? 7
Część VI. Wykup polisy i częściowy wykup polisy 8
§ 18. Jak i kiedy można dokonać wykupu polisy? 8
§ 19. Jak i kiedy można dokonać częściowego wykupu polisy? 8
§ 20. Jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty środków z polisy? 8
Część VII. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego 8
§ 21. Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć? 8
§ 22. Jakie formalności są potrzebne do wypłaty świadczenia? 9
Część VIII. Postanowienia końcowe, w tym zasady dokonywania zmian w umowie oraz zasady komunikacji w trakcie jej trwania 9
§ 23. Jak dokonywać zmian w umowie ubezpieczenia oraz w jaki sposób składać oświadczenia w trakcie jej wykonywania? 9
§ 24. Jakie są obowiązki informacyjne Allianz? 9
§ 25. Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? 10
§ 26. Co zrobić w przypadku niezadowolenia z zawarcia lub przebiegu umowy? 10
Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów 11

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER – terminowe ubezpieczenie na życie, TERM5 – bezterminowe ubezpieczenie na życie)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 13
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? 13
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 13
§ 4. Kiedy jest udzielana ochrona tymczasowa, jaki jest jej zakres i ograniczenia? 13
§ 5. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? 14
§ 6. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 14
§ 7. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? 15
§ 8. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 15
§ 9. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? 15
§ 10. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 15
§ 11. Postanowienia końcowe 16

Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 17
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? 17
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 17
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? 18
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 18
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? 18
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 19
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? 19
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 19
§ 10. Postanowienia końcowe 19

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania (kod produktu: DPZ – wariant standard, DPZR – wariant komfort)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 21
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? 21
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 21
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? 22
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 22
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? 23
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 23
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? 23
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 23
§ 10. Postanowienia końcowe 24
Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort 25
Załącznik nr 2 – Katalog poważnych zachorowań – wariant standard 30

Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 31
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? 31
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 31
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? 32
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 32
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? 33
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 33
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? 33
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 33
§10. Postanowienia końcowe 34

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu (kod produktu: PWS – pobyt w szpitalu wskutek wypadku, PWSR – pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 35
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 35
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 35
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 36
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 37
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 37
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 37
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego? ... 37
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 37
§ 10. Postanowienia końcowe ... 38

Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 39
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 39
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 39
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 40
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 41
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 41
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 41
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? ... 41
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 41
§ 10. Postanowienia końcowe ... 42
Załącznik – Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego ... 43

Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (kod produktu: UNZS – wariant standardowy, UNZP – wariant progresywny)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 57
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 57
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 57
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 58
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 59
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 59
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 59
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? ... 59
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 60
§ 10. Postanowienia końcowe ... 60

Warunki umowy dodatkowej – renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego (kod produktu: DWR2)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 61
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 61
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 61
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 61
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 62
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 62
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 63
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości lub okresu wypłaty renty? ... 63
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 63
§ 10. Postanowienia końcowe ... 63

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka (kod produktu: TERD)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 65
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 65
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej? ... 65
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową? ... 65
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 66
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 66
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 66
§ 8. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 66
§ 9. Postanowienia końcowe ... 66

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka (kod produktu: DZD)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 67
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 67
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 67
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 68
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 68
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 69
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 69
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? ... 69
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 69
§ 10. Postanowienia końcowe ... 70
Załącznik – poważne zachorowania dziecka ... 71

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka (kod produktu: DPS)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 73
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 73
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? ... 73
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? ... 74
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? ... 75
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? ... 75
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? ... 75
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego? ... 75
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji ... 75
§ 10. Postanowienia końcowe ... 76

Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka (kod produktu: DUN)

§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? ... 77
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? ... 77

§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 77
§ 4. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane? 78
§ 5. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 79
§ 6. Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie? 79
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 79
§ 8. Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia? 79
§ 9. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 80
§ 10. Postanowienia końcowe 80
Załącznik nr 1 – Tabela powypadkowego uszczerbku na zdrowiu 81
Załącznik nr 2 – Tabela zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku 83

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Assistance (kod produktu: ASSR)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 85
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej? 85
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej? 85
§ 4. Kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia? 86
§ 5. Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową? 86
§ 6. W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy? 87
§ 7. Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej? 87
§ 8. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 87
§ 9. Postanowienia końcowe 87
Załącznik – Allianz Assistance 88

Warunki Umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors do Umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: CAR – wariant dla Ubezpieczonego, DCAR – wariant dla dziecka)
§ 1. Czego dotyczy niniejszy dokument? 91
§ 2. Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej? 91
§ 3. Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej? 92
§ 4. W jakich sytuacjach ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie przysługuje? 94
§ 5. Jaka jest suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz? 95
§ 6 W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa? 96
§ 7. Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu? 96
§ 8. Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać? 97
§ 9. Kiedy i na jakiej podstawie realizowane są świadczenia? 97
§ 10. Kiedy i na jakich warunkach Ubezpieczony otrzymuje zwrot poniesionych kosztów? 98
§ 11. Jakie są warunki wznowienia Umowy dodatkowej? 98
§ 12. Jakie są obowiązki informacyjne Allianz? 98
§ 13. Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek? 98
§ 14. Postępowanie w przypadku składania reklamacji 99
§ 15. Ochrona danych osobowych 99
§ 16. Postanowienia końcowe 99

Ogólne warunki ubezpieczenia
Plan na dziś i jutro
(kod produktu: ULTR)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 2 pkt 40) – § 3 ust. 4-5 – § 4 ust. 1 – § 7 ust 3 – § 10 ust. 2 pkt 2) – § 20 pkt 1) – § 22 ust. 1 pkt 1), pkt 3) – § 22 ust. 2 pkt 3)
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 pkt 5), 6) i 7) – § 5 ust. 9-10
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 11 ust. 3 pkt 1) ppkt c) i f) – § 12 ust. 2 pkt 1) ostatnie zdanie – § 13 ust. 1-3 z uwzględnieniem zapisów 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 – § 15 ust. 1 pkt 2) – § 17 – § 7 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	– § 18 – § 19 – Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro – Tabela opłat

Ogólne warunki ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: ULTR)

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie w ramkach dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie mają charakteru wiążącego, gdyż nie są one integralną częścią umowy ubezpieczenia. Pełnią one jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i nie zastępują pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

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.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro, zwanych dalej umowami podstawowymi, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu ryzyk dodatkowych, o ile zawarte zostaną umowy na podstawie poszczególnych warunków ubezpieczenia umów dodatkowych, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

Jakie są definicje stosowanych pojęć?
§ 2.

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

1) **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.
2) **Allianz** – TU Allianz Życie Polska S.A. – ubezpieczyciel podlegający nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
3) **Cena jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa oraz dokonuje ich umorzenia.
4) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany na polisie.
5) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
7) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
8) **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.
9) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy.
10) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu umowy ubezpieczenia.
11) **Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek podstawowych i doraźnych opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia. Fundusze dzielą się na Fundusze z grupy A, Fundusze z grupy B oraz Portfele Modelowe, zgodnie z zapisami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.
12) **Jednostki uczestnictwa (jednostki)** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz.
13) **Karta Produktu** – dokument zawierający następujące podstawowe informacje o ubezpieczeniu, w tym:
   1) cel i charakter umowy;
   2) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
   3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
   4) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
   5) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
   6) informację o ryzyku inwestycyjnym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje;
   7) miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych
14) **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania badań lekarskich i przygotowywania opinii oraz ekspertyz lekarskich.
15) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
16) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo najistotniejsze warunki, na jakich została ona zawarta.
17) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:

ZYULTR-O07 12/17

– energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
– energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
– czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruć,
– czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;

jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.

18) **Rachunek jednostek** – odpowiednio rachunek podstawowy lub rachunek swobodnego dostępu.
19) **Rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek podstawowych.
20) **Rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych.
21) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy, stanowiący załącznik do niniejszych o.w.u.
22) **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 podstawowe
23) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy podstawowej oraz od każdej rocznicy polisy.
24) **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.
25) **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.
26) **Składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej, przeznaczona na nabycie jednostek lokowanych na rachunku podstawowym.
27) **Składka ochronna** – suma składek z tytułu umów dodatkowych dołączonych do umowy podstawowej.
28) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota gwarantowana przez Allianz na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
29) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca integralną część o.w.u., wskazująca wysokości opłat występujących w umowie ubezpieczenia oraz limity poszczególnych wartości określonych w tej tabeli.
30) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
31) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. W ramach umowy ubezpieczenia ochroną może zostać objęty jeden Ubezpieczony albo dwóch Ubezpieczonych.
32) **Umowa podstawowa** – umowa zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u.
33) **Umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa podstawowa wraz z umowami dodatkowymi, o ile zostały dołączone do umowy podstawowej.
34) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające umowę podstawową i stanowiące integralną część umowy ubezpieczenia, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.
35) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
36) **Uposażony Zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek 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.
37) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Allianz w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z umowy na zasadach przewidzianych w § 18 i 20.
38) **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) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu odpowiedniej umowy dodatkowej świadczonej w odniesieniu do Ubezpieczonego,
    d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
    e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
39) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie decyzji przez Allianz o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy podstawowej lub umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z innymi wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem umowy podstawowej lub umów dodatkowych.
40) **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.

Jaki jest cel i zakres umowy podstawowej zawartej w ramach Planu na dziś i jutro?

§ 3.

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 na wypadek śmierci Ubezpieczonego albo 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 lub innym osobom uprawnionym, zgodnie z zasadami określonymi w § 21, świadczenia w wysokości określonej w § 4 ust. 1, na wypadek śmierci jedynego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych.

5.

Zakres odpowiedzialności Allianz może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych wówczas, gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy podstawowej, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umów dodatkowych dołączonych do umowy podstawowej. W ramach umów dodatkowych ochroną ubezpieczeniową mogą zostać objęte również dzieci własne lub przysposobione Ubezpieczonego/Ubezpieczonych.

Umowa podstawowa daje przede wszystkim możliwość długoterminowego gromadzenia i inwestowania środków finansowych w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

Jaką kwotę wypłaci Allianz w razie zajścia zdarzenia oraz w jakich wypadkach wypłata może być ograniczona?

§ 4.

1.

1) Z tytułu śmierci jedynego 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 jedynego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

2.

Ograniczenia odpowiedzialności

W przypadku śmierci jedynego 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 działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,

Allianz wypłaci świadczenie równe wartości jednostek uczestnictwa, liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci jedynego Ubezpieczonego lub ostatniego z dwóch Ubezpieczonych, oraz ceny jednostki wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

Część II. Umowa ubezpieczenia – jak ją zawrzeć, przekształcić, rozwiązać lub wznowić

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

Jak zawrzeć umowę?
§ 5.

1.
Umowa podstawowa jest zawierana na czas nieokreślony.

Umowę podstawową możesz zawrzeć na czas nieokreślony, gdyż jej celem jest długoterminowe gromadzenie i inwestowanie środków finansowych. Zwróć jednak uwagę, że inwestowanie wiąże się z ryzykiem spadku wartości zgromadzonego kapitału w wyniku zmiany sytuacji na rynkach finansowych.

2.
Umowa podstawowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia w 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) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty, Allianz dostarcza Ubezpieczającemu tekst o.w.u. oraz warunki umów dodatkowych wraz z załącznikami i Kartą Produktu.
3) Allianz ma prawo odmówić zawarcia umowy podstawowej lub umów dodatkowych.

4.
1) Umowę uważa się za zawartą z dniem wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 pkt 2).
2) Allianz podejmuje decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie umowy.
3) Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

5.
1) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, 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.

6.
1) 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.
2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym uwagę na postanowienia umowy odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu/Ubezpieczonym co najmniej 7-dniowy termin do wniesienia pisemnego sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a umowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

Allianz może zaproponować zawarcie umowy na warunkach odbiegających od wskazanych przez Ciebie we wniosku. Jeśli nie chcesz zawrzeć umowy na zmienionych warunkach, poinformuj nas o tym pisemnie w terminie wskazanym w otrzymanym piśmie z naszą propozycją.

7.
W przypadku odmowy przez Allianz zawarcia umowy lub wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 6 pkt 2), Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie lub odpowiednio daty złożenia pisemnego sprzeciwu w Allianz.

8.
Umowa nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego lub – w razie wnioskowania o zawarcie umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych – po śmierci obu Ubezpieczonych.

9.
Ubezpieczający i Ubezpieczony/Ubezpieczeni mają obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani przez Allianz przed zawarciem umowy. W razie zaakceptowania przez Allianz ryzyka mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uznaje się za nieistotne.

10.
W razie niezastosowania się do obowiązku, o którym mowa w ust. 9, gdy skutkiem zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności jest zajście zdarzenia, Allianz będzie wolny od odpowiedzialności z tytułu umowy. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Allianz nie może podnieść zarzutu o podaniu niezgodnie z prawdą lub zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy.

Ubezpieczony, Ubezpieczeni – ile osób może być objętych ochroną?
§ 6.

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, pod warunkiem opłacenia 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.

Jakie są warunki rozwiązania umowy?
§ 7.

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 14 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 dołączone umowy dodatkowe, Allianz potrąci również część składki ochronnej za każdy dzień udzielonej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.
3) Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.

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 § 24 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 § 25 ust. 2 rocznej informacji, o której mowa w § 24 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 § 17, za okres w którym Allianz nie świadczył tej ochrony. Jeżeli Ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający niezwłocznie zwraca Ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez Allianz.
2) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dołączone umowy dodatkowe, Allianz zwróci również kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
3) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dołączone 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 potrąci kwotę stanowiącą równowartość składki ochronnej należnej za każdy dzień okresu prolongaty.
4) Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.

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 § 18.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z umowy w ciągu 30 dni od dnia wystawienia polisy, zwrócimy Ci wpłaconą składkę pomniejszoną jedynie o koszty ochrony za okres, w którym jej udzielaliśmy oraz o wartość częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane.

Jeżeli poinformujesz nas o tym w późniejszym terminie, Twoja rezygnacja spowoduje rozwiązanie umowy z dniem, w którym oświadczenie o wypowiedzeniu wpłynie do Allianz. W tej sytuacji dokonamy wykupu polisy.
O chęci rezygnacji możesz przykładowo poinformować nas składając pismo osobiście lub listownie w Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem:
a) odstąpienia od umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 1 i ust. 2 pkt 1) ppkt a)
b) wystąpienia z umowy przez Ubezpieczonego, na zasadach określonych w ust. 2 pkt 1) ppkt b),
c) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 3,
d) śmierci jedynego Ubezpieczonego albo ostatniego z dwóch Ubezpieczonych,
e) doręczenia wniosku o wykup polisy do Allianz,
f) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 17,
g) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 17 oraz na pobranie składki ochronnej, w przypadku wcześniejszego przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

5.

Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 4 umowa ulega rozwiązaniu wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności, mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki, o ile ubezpieczenie nie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe lub nie zostanie czasowo zawieszone opłacanie składki. Rozwiązanie umowy następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

Jak i kiedy można wznowić umowę?
§ 8.

1.

Jeżeli w ciągu 2 pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona, na zasadach określonych w ust. 2, o ile od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie minęło więcej niż 6 miesięcy polisowych oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

Możesz wznowić umowę, jeśli jej rozwiązanie nastąpiło w ciągu pierwszych 2 lat trwania umowy. Chcąc to zrobić, złóż wniosek w ciągu 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/Ubezpieczonych, jeśli zostały spełnione łącznie poniższe warunki:
a) nie doszło do wcześniejszego wykupu polisy, na wniosek Ubezpieczającego,
b) Ubezpieczony/Ubezpieczeni złożył(li) wskazane przez Allianz oświadczenie i informacje o stanie zdrowia oraz doręczył(li) na żądanie Allianz wszelką dokumentację (w tym medyczną) niezbędną do oceny ryzyka,
c) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek pomniejszoną o część składki ochronnej za okres, w którym ochrona nie była udzielana, oraz opłacił opłatę wznowieniową,
d) Ubezpieczający zwrócił kwotę otrzymaną z tytułu rozwiązania umowy.

3.

1) Rejestracja wznowienia w systemie obsługi polis Allianz następuje w ciągu 5 dni roboczych od podjęcia przez Allianz decyzji o wznowieniu umowy i spełnieniu wymogów wymienionych w ust. 2.
2) W wyniku wznowienia przywrócona zostanie wartość rachunku podstawowego oraz wartość rachunku swobodnego dostępu z dnia rozwiązania umowy. Nabycie jednostek uczestnictwa za ww. kwotę oraz za zaległe składki podstawowe nastąpi na zasadach określonych w Regulaminie.
3) Po wznowieniu umowy Allianz naliczy i pobierze opłaty, o których mowa w § 17, należne za miesiące polisowe, w których składka podstawowa nie była wpłacana, z wyłączeniem opłaty za ochronę ubezpieczeniową za okres, w którym Allianz jej nie świadczył.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznawiana z pierwszym dniem najbliższego miesiąca polisowego, przypadającego po wznowieniu umowy.

5.

Allianz może wznowić ochronę ubezpieczeniową bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego/Ubezpieczonych pisemnego wniosku w wypadku wpłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej powodujące zachowanie jej ciągłości następuje w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

Wznowienie umowy następuje automatycznie, w przypadku uregulowania wszystkich zaległych składek nie później niż w ciągu 90 dni od daty pierwszej nieopłaconej składki.

Część III. Składka ubezpieczeniowa

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

Jakie są zasady opłacania składki?
§ 9.

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 za zgodą Allianz 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 wskazany przez Allianz rachunek bankowy.

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.

Jakie są konsekwencje nieopłacenia składki?
§ 10.

1.

1) Ubezpieczającemu, począwszy 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.
2) W okresie prolongaty Allianz poinformuje Ubezpieczającego o niezapłaceniu składki, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie.

Począwszy od terminu, w którym powinieneś 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 nieopłacania składki umowa zostaje rozwiązana w 90. dniu od terminu wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

2.

1) Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona ubezpieczeniowa wygasa, chyba że umowa przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 11. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek. W tym celu stosuje się odpowiednio postanowienia § 8 ust. 5.
2) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty oraz:
   a) ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w § 8 ust. 5,
   b) umowa nie zostanie przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z § 11,
   c) Ubezpieczający nie dokona czasowego zawieszenia opłacania składek zgodnie z § 12,

   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.

3.

Allianz nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do opłacania składek za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 1 pkt 2).

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

Jak dochodzi do zamiany umowy w ubezpieczenie bezskładkowe?
§ 11.

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 pełne dwie roczne składki, ma on prawo w okresie prolongaty składki złożyć Allianz wniosek o zamianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

2.

Począwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone pełne dwie roczne składki, 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 § 17,
   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 przestała wystarczać na pokrycie składek ochronnych oraz opłat, o których mowa w § 17.
2) We wniosku o zamianę umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczający może wskazać aby składka ochronna pobierana była 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.

Jakie są warunki czasowego zawieszenia opłacania składek?
§ 12.

1.

Począwszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone pełne dwie roczne składki, Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Allianz, 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 § 17. 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 pobierana była 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 § 17, mogą być pokryte ze środków zgromadzonych na rachunku podstawowym.

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.

Na czym polega indeksacja składki podstawowej oraz sum ubezpieczenia z umów dodatkowych?
§ 13.

1.

1) W rocznicę polisy składka podstawowa oraz sumy ubezpieczenia z umów dodatkowych, których warunki przewidują indeksację, mogą podlegać indeksacji. Indeksacja ma na celu zachowanie realnej wartości przyszłego świadczenia.
2) W wyniku indeksacji sum ubezpieczenia z umów dodatkowych, o których mowa w pkt 1), ulega zmianie również składka ochronna opłacana z ich tytułu.

2.

Przed rocznicą polisy Allianz może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki podstawowej lub sumy ubezpieczenia i składki ochronnej z tytułu umów dodatkowych, o których mowa w ust. 1.

3.

Jako wskaźnik indeksacji przyjmuje się średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej, publikowanych przez GUS za miesiące od października poprzedniego roku do września danego roku włącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji z umów, których rocznica polisy przypada w okresie pomiędzy dniem 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

1) Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji.
2) Odmowa indeksacji lub decyzja o indeksowaniu wyłącznie składki podstawowej bądź wyłącznie sum ubezpieczenia z umów dodatkowych i w konsekwencji podwyższeniu składki ochronnej z tytułu tych umów, wymaga złożenia oświadczenia. Niewpłynięcie oświadczenia co do propozycji Allianz w terminie 14 dni od otrzymania propozycji indeksacji jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Allianz indeksacji.

Jeśli nie zgadzasz się na propozycję podniesienia składki podstawowej lub indeksację sum ubezpieczenia z umów dodatkowych powiadom nas o swojej decyzji i złóż stosowne oświadczenie w ciągu 14 dni od otrzymania propozycji.

5.

Allianz nie proponuje Ubezpieczającemu indeksacji w rocznicę polisy przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek lub przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

6.

1) Odmowa indeksacji przez 3 kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do otrzymywania propozycji indeksacji w kolejnych latach ubezpieczenia.
2) W każdym momencie trwania umowy Ubezpieczający może również:
   a) złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji,
   b) złożyć wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji.

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.

Co należy wiedzieć o funduszach?
§ 14.

Zanim wybierzesz fundusze, w które inwestowane będą Twoje składki podstawowe i doraźne, 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 doraźne wpłacane przez Ubezpieczającego inwestowane są w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, które tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa, o.w.u. 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 doraźne.

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.

7.
W ramach umowy Allianz może tworzyć, na zasadach określonych w Regulaminie, Portfele Modelowe stanowiące rodzaj ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Jak są inwestowane składki podstawowe i składki doraźne?
§ 15.

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) Allianz przeznacza na nabycie jednostek kwotę składki podstawowej, wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
3) 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.
1) Składka doraźna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki doraźnej złożoną przez Ubezpieczającego i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.
2) Allianz przeznacza na nabycie jednostek kwotę składki doraźnej, wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
3) Liczbę jednostek danego Funduszu nabywanych z wpłaconej składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki, w terminach określonych w Regulaminie.

Jak zmieniać alokację składki i przenosić środki?
§ 16.

1.
1) Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz doraźnej 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 doraźna, Allianz lokuje składki w Funduszu z listy Funduszy z grupy A wskazanych w Regulaminie, którego 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 dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

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:
   a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia odpowiedniego wniosku do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
   b) 10 dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela 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 zarządzać swoim kapitałem dokonując zmian alokacji składki lub przeniesienia środków między funduszami – bezpłatnie i bez limitów.

Część V. Opłaty

Sprawdź za co i w jaki sposób pobierane są opłaty.

Jakie opłaty są pobierane w związku z ubezpieczeniem?
§ 17.

1.
W ramach umowy ubezpieczenia Allianz pobiera następujące opłaty:
1) **Opłata wstępna** – w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent składki podstawowej oraz składki doraźnej i pobierana od każdej wpłaconej składki podstawowej oraz składki doraźnej przed jej przeliczeniem na jednostki. Opłata wstępna pokrywa koszty Allianz związane z zawarciem umowy oraz alokacją składki na rachunku jednostek.
2) **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 bieżących kosztów Allianz związanych z obsługą umowy oraz na pokrycie składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej Allianz Assistance, w razie jej zawarcia.
3) **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 o.w.u. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.
4) **Opłata administracyjna** – opłata za administrowanie Portfelem Modelowym lub Funduszem z grupy B – określona jako procent średniego stanu liczby jednostek Funduszu/Portfela Modelowego na danym rachunku za dany miesiąc polisowy, pobierana w wysokości wskazanej w Regulaminie. Średni stan liczby jednostek Funduszu z grupy B lub Portfela Modelowego na danym rachunku liczony jest jako suma liczby jednostek w każdym dniu miesiąca polisowego, podzielona przez liczbę dni w tym miesiącu.
   Opłata administracyjna jest pobierana w pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego, z dołu, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek z Funduszu z grupy B/Portfela Modelowego na danym rachunku.

Opłata pobierana jest proporcjonalnie z Funduszy z grupy B/Portfeli Modelowych, w których jednostki posiada Ubezpieczający.
W razie przeniesienia środków, częściowego wykupu polisy lub rozwiązania umowy (za wyjątkiem odstąpienia, o którym mowa w § 7 ust. 2), Allianz, odpowiednio przed przeniesieniem środków, częściowym wykupem oraz w razie rozwiązania umowy, pobierze część opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rozwiązania umowy lub dnia rejestracji operacji przeniesienia środków albo częściowego wykupu.

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

2.

W związku ze wskazanymi poniżej dyspozycjami realizowanymi w ramach umowy mogą zostać pobrane następujące opłaty:

a) **Opłata wznowieniowa** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy, przeznaczana na koszty Allianz związane z dokonaniem operacji wznowienia umowy.

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.

Jak i kiedy można dokonać wykupu polisy?
§ 18.

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) Jeżeli do umowy zostały dołączone umowy dodatkowe, wraz z wartością wykupu Allianz dokona zwrotu kwoty stanowiącej równowartość składki ochronnej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5) Jeżeli do umowy podstawowej zostały dołączone 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.

Jak i kiedy można dokonać częściowego wykupu polisy?
§ 19.

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) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu polisy:
   a) z rachunku podstawowego nie wcześniej niż od drugiej rocznicy polisy,
   b) z rachunku swobodnego dostępu od dnia wystawienia polisy.
4) Szacowana kwota częściowego wykupu z rachunku podstawowego (liczona jako iloczyn liczby jednostek zgodnych ze wskazaniem Ubezpieczającego i ceny jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Allianz) nie może przekroczyć wartości wykupu.
5) Wartość rachunku podstawowego po dokonaniu częściowego wykupu z rachunku podstawowego, szacowana na podstawie cen jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Allianz, nie może być niższa niż minimalna wartość rachunku podstawowego określona w Tabeli opłat i limitów.
6) 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.
7) W sytuacji gdy nie zostanie spełniony warunek określony w pkt 5) powyżej, Allianz zastrzega sobie prawo do wycofania jednostek z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

W razie potrzeby zawsze możesz dokonać częściowego wykupu. Z rachunku swobodnego dostępu jest to możliwe od dnia wystawienia polisy, a z rachunku podstawowego od drugiej rocznicy polisy.

Jakie dokumenty są potrzebne do wypłaty środków z polisy?
§ 20.

1) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz wartości wykupu polisy lub częściowego wykupu polisy są:
   a) wypełniony wniosek o wykup polisy / częściowy wykup polisy,
   b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.
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 15 dni roboczych od daty wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1) do Allianz.

Część VII. Postępowanie na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego

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

Jakie prawa mają Uposażeni i jak ich wyznaczyć?
§ 21.

1.

1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania umowy.
2) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Allianz.
3) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.
4) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.
5) 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 Ubezpieczonego, który zmarł ostatni.
6) W razie jednoczesnej śmierci obu Ubezpieczonych, świadczenie wypłacane jest Uposażonym wskazanym przez każdego z tych Ubezpieczonych w częściach równych. 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 zasady określonej w pkt 2).
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 współmałżonka,
   c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
   d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców i dzieci i współmałżonka,
   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.

Jakie formalności są potrzebne do wypłaty świadczenia?
§ 22.

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 lub ubezpieczonego, 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) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz.

2.

1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty 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 zawiadomienia o zdarzeniu.
2) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszająca roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
3) Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
   a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
   b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
   c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

   Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.
4) 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 uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Allianz wypłaci świadczenie wyznaczonym przez Ciebie osobom w ciągu 30 dni od daty 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.

Jak dokonywać zmian w umowie ubezpieczenia oraz w jaki sposób składać oświadczenia w trakcie jej wykonywania?
§ 23.

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że o.w.u. lub warunki umów dodatkowych dopuszczają inną formę komunikacji lub strony uzgodnią inaczej. Jeżeli Allianz udostępni możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną w innych sprawach niż przewidziane w o.w.u. lub w warunkach umów dodatkowych, zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem umowy, będą mogły być składane również w innej formie.

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu, a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

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

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?
§ 24.

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 Ubezpieczyciel 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.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?
§ 25.

1.

1) W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje, o których mowa w § 2 pkt 13).
2) Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego/Ubezpieczonych lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek 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 trwałym nośniku, informacje określone w § 24 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 § 24 ust. 1;
   b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 24 ust. 2.
2) Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 24 w ust. 1–2.

3.

1) Jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy to dwie różne osoby, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę.
2) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy to ta sama osoba, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako drugi, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę.
3) W razie zawarcia umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych, jeśli Ubezpieczający i Ubezpieczeni to trzy różne osoby, w razie śmierci Ubezpieczającego albo utraty przez niego zdolności do czynności prawnych, w miejsce Ubezpieczającego może wstąpić Ubezpieczony wskazany w polisie jako drugi, o ile ten Ubezpieczony i Ubezpieczający za życia wyrażą taką wolę i jednocześnie woli wstąpienia w miejsce Ubezpieczającego nie wyrazi Ubezpieczony wskazany w polisie jako pierwszy.

Gdy zabraknie Ubezpieczającego jego obowiązki i prawa może przejąć osoba ubezpieczona.

4.

1) W razie śmierci Ubezpieczającego, Ubezpieczony zobowiązany jest powiadomić o tym Allianz.
2) Wstąpienie Ubezpieczonego w miejsce Ubezpieczającego, zgodnie z zapisami ust. 3, następuje z chwilą śmierci Ubezpieczającego, po okazaniu przez Ubezpieczonego odpisu aktu zgonu.

Co zrobić w przypadku niezadowolenia z zawarcia lub przebiegu umowy?
§ 26.

1.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących Klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Cenimy wskazówki i uwagi, które pozwalają nam udoskonalać 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, elektronicznie za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub adresu skargi@allianz.pl.

2.

Przy wykonywaniu umowy prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

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, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w tym osoby uprawnionej.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.

5.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 217/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia
Plan na dziś i jutro

Tabela opłat i limitów

Tabela opłat

1.	Opłata wstępna od składki podstawowej: • w 1. roku polisowym	 30% wysokości składki
2.	Opłata wstępna od składki doraźnej	1% wysokości składki
3.	Opłata za ochronę tymczasową (pobierana w ramach składki za dodatkową umowę ubezpieczenia TER lub TERM5)	za każdy dzień udzielania ochrony tymczasowej 1‰ w skali roku sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł
4.	Opłata za administrowanie Portfelem Modelowym lub Funduszem z grupy B (w skali roku)	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
5.	Opłata za zarządzanie Funduszem z grupy A (w skali roku)	zgodnie ze wskazaniem w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro
6.	Opłata polisowa	7 zł miesięcznie
7.	Opłata za ochronę ubezpieczeniową: • umowa na rachunek jednego Ubezpieczonego • umowa na rachunek dwóch Ubezpieczonych	 1 zł miesięcznie 1 zł miesięcznie
8.	Opłata wznowieniowa	40 zł
9.	Wykup polisy	bez opłat
10.	Częściowy wykup polisy: • z rachunku podstawowego • z rachunku swobodnego dostępu	 bez opłat bez opłat
11.	Przeniesienie środków	bez opłat
12.	Zmiana alokacji	bez opłat

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	 50 zł 150 zł 300 zł 600 zł
2.	Minimalna wysokość składki ochronnej (na polisę): • miesięczna • kwartalna • półroczna • roczna	 100 zł 300 zł 600 zł 1200 zł
3.	Minimalna wysokość składki doraźnej	bez ograniczeń
4.	Minimalna wartość rachunku po dokonaniu wykupu częściowego: • dla rachunku podstawowego • dla rachunku swobodnego dostępu	 1000 zł bez ograniczeń
5.	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej TER/TERM5	5 000 zł
6.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej DNW	10 zł
7.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej DPZ/ DPZR	25 zł
8.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej ADL	10 zł
9.	Minimalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej PWS/PWSR Maksymalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej PWS/PWSR	100 zł 500 zł
10.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej LOP Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej LOPR Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej LOP/LOPR	15 zł 20 zł 50 000 zł
11.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej UNZS Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej UNZP Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej UNZS/ UNZP	15 zł 25 zł 80 000 zł
12.	Minimalna wysokość renty z tytułu umowy dodatkowej DWR2 Minimalny okres wypłaty renty Maksymalny okres wypłaty renty	100 zł miesięcznie 5 lat 25 lat
13.	Minimalna składka miesięczna[1] z tytułu umowy dodatkowej DZD Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DZD	10 zł 100 000 zł

14.	Minimalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej DPS Maksymalne świadczenie dzienne z tytułu umowy dodatkowej DPS	100 zł 300 zł
15.	Minimalna składka miesięczna z tytułu umowy dodatkowej DUN Maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej DUN	15 zł 100 000 zł

[1] W przypadku zapłaty składki z częstotliwością inną niż miesięczna minimalna wysokość składki jest odpowiednią wielokrotnością miesięcznej składki minimalnej – zgodnie z proporcją składki o innej częstotliwości zapłaty niż składka miesięczna i składki miesięcznej.

Niniejsza Tabela opłat i limitów została zatwierdzona uchwałą Zarządu nr 65/2016 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16 czerwca 2016 roku.

Veit Stutz	Krzysztof Szypuła	Radosław Kamiński	Grzegorz Kulik	Zbigniew Świątek	Jerzy Visan
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER – terminowe ubezpieczenie na życie, TERM5 – bezterminowe ubezpieczenie na życie)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 3 – § 4 ust. 1 pkt 3) – § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 5 W stosunku do ochrony tymczasowej: – § 4 ust. 2 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 9 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– w ramach pierwszej składki z tytułu umowy dodatkowej pobierana jest opłata za ochronę tymczasową wskazana w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków umowy podstawowej – § 6 ust. 2, 4 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 – § 9 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie (kod produktu: TER – terminowe ubezpieczenie na życie, TERM5 – bezterminowe ubezpieczenie na życie)

Ubezpieczenie, które stanowi podstawę zabezpieczenia Twoich najbliższych na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się jako uzupełnienie do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową).

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowego ubezpieczenia na życie.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2) **Ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz w okresie poprzedzającym wystawienie polisy o ile wraz z umową podstawową zawierana jest umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie. Zakres ochrony tymczasowej oraz zasady jej świadczenia określa § 4 oraz dokument potwierdzenia ochrony tymczasowej doręczany Ubezpieczającemu wraz ze złożeniem wniosku o zawarcie umowy dodatkowej.
3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie.
4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, którym jest śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się czasem trwania:
a) terminowym,
b) bezterminowym.

Umowę dodatkową – ubezpieczenie na życie możesz zawrzeć w jednym z dwóch wariantów: terminowym, na minimum 10 lat lub bezterminowym. W obu przypadkach w razie, gdyby Cię zabrakło, wskazane przez Ciebie osoby otrzymają świadczenie w wysokości ustalonej sumy ubezpieczenia.

3.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności
Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy dodatkowej,
b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach.

5.
W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy jest udzielana ochrona tymczasowa, jaki jest jej zakres i ograniczenia?
§ 4.

1.
1) W razie złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej wraz z wnioskiem o zawarcie umowy podstawowej Allianz udziela Ubezpieczonemu ochrony tymczasowej. W przypadku wnioskowania o zawarcie umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy podstawowej, ochrona tymczasowa nie jest świadczona.
2) Ochrona tymczasowa trwa od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku do dnia wystawienia polisy.
3) Odpowiedzialność Allianz z tytułu ochrony tymczasowej wypłaty polega na wypłacie określonej w dokumencie potwierdzenia ochrony tymczasowej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek wypadku, który miał miejsce w czasie trwania ochrony tymczasowej, i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wypadku.
4) Ochrona tymczasowa wygasa przed dniem wystawienia polisy w następujących sytuacjach:
   a) z upływem wskazanego przez Allianz w wezwaniu terminu w przypadku niedostarczenia na żądanie Allianz dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy dodatkowej,
   b) z dniem otrzymania przez Allianz oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia umowy dodatkowej,

c) z dniem podjęcia przez Allianz decyzji o odmowie zawarcia umowy,
d) z dniem śmierci Ubezpieczonego.

5) W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 4) Allianz zwróci Ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki, pomniejszoną o koszty ochrony tymczasowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

2.

Ograniczenia odpowiedzialności dotyczące ochrony tymczasowej

Zakres ochrony tymczasowej określonej w niniejszym paragrafie nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku będącego wynikiem:

a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
d) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również 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,
e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
i) 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,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku,
k) chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

Pamiętaj, że w sytuacji, jeżeli złożysz wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na życie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy podstawowej, Allianz udzieli Ci ochrony tymczasowej. Będzie ona trwała do dnia wystawienia polisy.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 5.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest:
   a) w wariancie terminowym – na czas określony, nie krótszy niż 10 lat i nie przekraczający dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 100 lat;
   b) w wariancie bezterminowym – na czas nieokreślony.
2) Umowa dodatkowa trwa nie dłużej niż:
   a) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy podstawowej,
   b) do dnia śmierci Ubezpieczonego.

4.

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 71 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3, w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Umowę ubezpieczenia na życie możesz zawrzeć wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 6.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej.

Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego, wybranego wariantu umowy dodatkowej oraz (w wariancie terminowym) okresu ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego,
e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

1) W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w wariancie terminowym, wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej przez cały okres ubezpieczenia jest stała, z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 9 ust. 2. Kwota składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.
2) W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w wariancie bezterminowym, wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest zmienna. Kwota składki ochronnej w poszczególnych pięcioletnich okresach trwania umowy dodatkowej ustalana jest z góry przy zawarciu umowy dodatkowej oraz potwierdzana w polisie lub w aneksie do polisy. Postanowienia ust. 4 oraz § 9 ust. 2 stosuje się odpowiednio.

Zawierając umowę ubezpieczenia na życie w wariancie terminowym opłacasz składkę ochronną o stałej wysokości. W przypadku umowy bezterminowej wysokość składki jest zmienna w określonych odstępach czasu. Okresy obowiązywania danej wysokości składki są ustalone z góry. W każdym z tych przypadków składka może podlegać indeksacji.

4.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia za zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 7.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, wymienione w § 22 ust. 2 pkt 3) o.w.u.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia Uposażonemu lub Uposażonym z tytułu umowy dodatkowej wskazanym przez Ubezpieczonego. Zasady dotyczące wskazania Uposażonego oraz wypłaty świadczenia określone w o.w.u., mają odpowiednie zastosowanie do umowy dodatkowej, z wyjątkiem zapisów dotyczących umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 8.

W razie rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

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

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 9.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 10.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 11.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 219/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku
(kod produktu: DNW)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 – § 6 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 4 – § 8 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – śmierć wskutek wypadku (kod produktu: DNW)

Ubezpieczenie, które zapewni Twoim najbliższym dodatkowe wsparcie finansowe, w razie gdyby przyczyną Twojej śmierci był wypadek.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku.
3) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku, która nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określonej w polisie lub aneksie do polisy, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące warunki:
a) wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
b) śmierć Ubezpieczonego wskutek wypadku nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty wypadku.

Posiadając umowę dodatkową ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek wypadku, masz pewność, że to Allianz zadba o bezpieczeństwo finansowe Twoich bliskich na wypadek, gdyby Cię nagle zabrakło.

3.
Ograniczenia odpowiedzialności
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów 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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
d) 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,
e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
i) 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,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku,
k) chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

4.
W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?
§ 4.

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

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

2.
1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

3.
1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 76 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
   c) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.
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 71 lat.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.
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.

7.
W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.
1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.
Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:
a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego,
e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.
Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia za zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
c) dokument potwierdzający przyczynę zgonu Ubezpieczonego (np. karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie),
d) opis okoliczności wypadku,
e) protokół badania sekcyjnego w przypadku jego wykonania,
f) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),

g) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/ śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
h) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia Uposażonemu lub Uposażonym wskazanym przez Ubezpieczonego z tytułu umowy dodatkowej. Zasady dotyczące wskazania Uposażonego oraz wypłaty świadczenia określone w o.w.u., z zastrzeżeniem ust. 1 powyżej, mają odpowiednie zastosowanie do umowy dodatkowej, z wyjątkiem zapisów dotyczących umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

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

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 220/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz	Krzysztof Szypuła	Radosław Kamiński
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek	Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania
(kod produktu: DPZ – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 – § 3 ust. 3 pkt 1) – § 6 ust. 1-3 – Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań, w zakresie oznaczonym w definicjach literą A z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1) – Załącznik nr 2 z uwzględnieniem definicji wskazanych w Załączniku nr 1, w zakresie oznaczonym w definicjach literą A z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 pkt 2)-4) – § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 5 – § 4 ust. 5 – § 7 ust. 2 – § 8 ust. 3-4 – Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań, w zakresie oznaczonym w definicjach literą B – Załącznik nr 2 z uwzględnieniem definicji wskazanych w Załączniku nr 1, w zakresie oznaczonym w definicjach literą B
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania (kod produktu: DPZ – wariant standard, DPZR – wariant komfort)

Umowa, która zapewnia istotną pomoc finansową w razie wystąpienia u Ciebie poważnych chorób lub przeprowadzenia zabiegów operacyjnych z listy 20 (w wariancie standard) lub 36 (w wariancie komfort).

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **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 zadowalającej 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.
2) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.
5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji lekarskiej, polegające na zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego chorób lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w Katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym Załącznik nr 2 (w wariancie standard) lub Załącznik nr 1 (w wariancie komfort) do niniejszych warunków umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się zakresem:
a) wariant standard, obejmujący choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 2,
b) wariant komfort, obejmujący choroby i zabiegi operacyjne wymienione w Załączniku nr 1.

Sprawdź w przypadku wystąpienia jakich chorób i przeprowadzenia zabiegów operacyjnych Allianz zapewni Ci wsparcie finansowe. Ich listę znajdziesz w załącznikach 1 i 2 do niniejszych warunków.

3.
1) Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu sumy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia, pod warunkiem że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia.
2) Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu umowy dodatkowej nie jest:
   a) choroba wymieniona w Katalogu poważnych zachorowań (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2), jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w Katalogu poważnych zachorowań (Załącznik nr 1 i Załącznik nr 2), jeżeli choroba będąca przyczyną przeprowadzenia zabiegu została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.
3) Z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
4) Skorzystanie z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 8, nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych

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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,

c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,

d) 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,

e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,

f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,

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 zalecone przez lekarza,

i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,

j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,

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

m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej, kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

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

4.

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.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tę umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu umowy dodatkowej. Wysokość składki ochronnej uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:
a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego,
e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.
Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem poważnego zachorowania, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie było następstwem wypadku,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.
W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez lekarza uprawnionego – w zakresie i częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz. Wymienione w niniejszym ustępie działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

1.
W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

2.
Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 90 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

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

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.
1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.
Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.
Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

4.
W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie

Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 221/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik nr 1
do warunków umowy dodatkowej
– poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant komfort		
UKŁAD KRĄŻENIA		
1.	Zawał serca	A. Występująca po raz pierwszy w życiu Ubezpieczonego martwica mięśnia sercowego spowodowana jego niedokrwieniem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wykrycie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z dowodami na niedokrwienie mięśnia sercowego, gdy występuje dodatkowo co najmniej jedna z następujących zmian: a) objawy kliniczne niedokrwienia, b) zmiany w EKG wskazujące na nowe niedokrwienie (nowe zmiany odcinka ST-T lub świeży LBBB), c) pojawienie się patologicznego załamka Q w odpowiednich odprowadzeniach EKG, d) nowe zaburzenia ruchomości ściany serca widoczne w badaniach obrazowych. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – uszkodzenia mięśnia serca spowodowanego czynnikami mechanicznymi, toksycznymi, zapalnymi lub naciekiem, – zawału w przebiegu choroby niedokrwiennej serca rozpoznanej przed objęciem ochroną z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie, – przypadków, w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji, – kolejnych zawałów.
2.	Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca	A. Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, wymagające otwarcia klatki piersiowej, polegające na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów omijających z użyciem przeszczepów naczyniowych. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
3.	Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki	A. Operacje kardiochirurgiczne na otwartym sercu, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wszczepieniu jednej lub więcej sztucznych zastawek serca, u osoby, u której wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zabiegów naprawczych zastawek, – zabiegów polegających na wymianie wszczepionej wcześniej zastawki, – zabiegów polegających na wszczepieniu zastawki bez otwierania klatki piersiowej (przezskórne wszczepienie zastawki), – zabiegów wykonanych przed upływem 1 roku od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie.
4.	Operacja aorty	A. Operacja zmienionej wskutek choroby lub urazu aorty w odcinku piersiowym lub brzusznym, 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 brzusznym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, b) przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w celu korekty wrodzonego lub nabytego zwężenia aorty w odcinku piersiowym lub brzusznym do wysokości odejścia tętnic nerkowych, polegającego na chirurgicznym usunięciu tkanek tworzących zwężenie z /bez uzupełnienia łatą z tworzywa sztucznego. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie 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.
5.	Przeszczep tętnicy płucnej	A. Operacja na otwartym sercu, w celu leczenia choroby lub urazowego uszkodzenia tętnicy płucnej, polegająca na wycięciu części tętnicy i zastąpieniu jej przeszczepem. Dokonanie zabiegu operacyjnego powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zabiegów na tętnicy płucnej wykonywanych od strony światła naczynia, to jest: – angioplastyki, – cewnikowania naczyń, – zabiegów wykorzystujących techniki laserowe.
6.	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 jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje kardiomiopatii alkoholowej.

UKŁAD NERWOWY		
1.	Paraliż	A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby lub wypadku. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0-1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez lekarza uprawnionego Allianz. B. Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
2.	Udar mózgu	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 jednoznacznie 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 w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego, – uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem.
3.	Stwardnienie rozsiane	A. Przewlekła nieuleczalna choroba centralnego układu nerwowego o podłożu autoimmunologicznym, w przebiegu której dochodzi do powstania rozsianych 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 z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie. Rozpoznanie powinno być postawione przez lekarza specjalistę neurologa na podstawie danych klinicznych i wyników badań dodatkowych, opartych na badaniu metodą rezonansu magnetycznego (NMR) oraz badaniu płynu mózgowo-rdzeniowego lub potencjałów wywołanych.
4.	Choroba Parkinsona	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, niestabilności postawy, i skutkująca niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego zdefiniowanych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje wszelkich postaci parkinsonizmu wtórnego (objawowego).
5.	Postępujące porażenie nadjądrowe	A. Choroba charakteryzująca się postępującym zanikiem, glejozą (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, trudnościami z wykonaniem złożonych czynności i skutkująca niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego wymienionych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa.
6.	Choroba Creutzfelda-Jakoba	A. Choroba ośrodkowego układu nerwowego, charakteryzująca się postępującym otępieniem i występowaniem drgawek mioklonicznych, skutkująca trwałym ubytkiem neurologicznym i niemożnością wykonania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego wymienionych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie pełnoobjawowej choroby przy jednoczesnej niepełnosprawności w czynnościach życia codziennego powinny być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa.
7.	Choroba Alzheimera	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 jednoznacznie postawione przez lekarza specjalistę neurologa lub psychiatrę. B. Zakres ochrony nie obejmuje innych postaci demencji, oraz demencji wtórnej od nadużywania alkoholu, leków lub AIDS.
8.	Zapalenie mózgu	A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
9.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych 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 i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.

10.	Łagodny guz mózgu	A. Niezłośliwa 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 zabiegu operacyjnego z dostępu przez trepanację czaszki, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – guzów przysadki, – torbieli, – zmian naczyniowych, – krwiaków, – ziarniniaków, – ropni, – guzów rdzenia, – napadów padaczkowych bez trwałego ubytku neurologicznego.
11.	Łagodny guz rdzenia	A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrztwardówkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminektomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy – urazów kręgosłupa.
12.	Choroba neuronu ruchowego	A. Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, 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) skutkujące niemożnością wykonywania co najmniej 4 z 6 czynności życia codziennego zdefiniowanych w §2 pkt 1) niniejszych warunków. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje pozostałych chorób z grupy schorzeń neuronu ruchowego, nie wymienionych w niniejszej definicji.
INNE URAZOWE/CHOROBOWE		
1.	Zakażenie wirusem HIV	A. Zakażenie, które wystąpiło u osoby niechorującej na hemofilię, które zostało spowodowane przetoczeniem na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Warunkiem uznania roszczenia jest przeprowadzenie transfuzji, w wyniku której doszło do zakażenia, w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Allianz z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie i nastąpienie serokonwersji w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. B. Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje zakażenia wirusem HIV, które nastąpiło w wyniku transfuzji krwi przeprowadzonej w przebiegu leczenia każdego innego poważnego zachorowania z niniejszego katalogu, które zostało uznane przez Allianz.
2.	Oparzenia skóry	A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. 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.
3.	Całkowita 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) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jego wystąpienia.
4.	Całkowita utrata słuchu	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.

5.	Całkowita utrata mowy	A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, 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, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
CHOROBY NARZĄDOWE, NOWOTWORY		
1.	Anemia aplastyczna wymagająca 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 wykazującego aplazję szpiku oraz przeprowadzenie leczenia w ośrodku specjalistycznym 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.
2.	Nowotwór	A. Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – zespołów mielodysplastycznych, – nowotworów mieloproliferacyjnych z wyjątkiem przewlekłej białaczki szpikowej, – przewlekłej białaczki limfatycznej w stopniu A (wg klasyfikacji Bineta), – choroby Hodgkina w pierwszym stopniu zaawansowania klinicznego (pierwszym stadium), – chłoniaków w pierwszym stadium, – nowotworów łagodnych, nieinwazyjnych, – zmian przednowotworowych, – nowotworów przedinwazyjnych in situ (Tis), – dysplazji dużego stopnia, – śródnabłonkowej neoplazji szyjkowej (CIN 1, 2, 3), – guzów o niskim potencjale złośliwości, granicznej złośliwości, – brodawkowatego 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.
3.	Niewydolność nerek	A. Przewlekła niewydolność nerek spowodowana nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek i skutkująca mocznicą, wymagająca: – regularnych dializ przez okres co najmniej 3 miesięcy lub – przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę nefrologa; kwalifikacja do przeszczepu powinna być dokonana przez lekarza specjalistę z ośrodku kwalifikującego do przeszczepienia.
4.	Przeszczep	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 oraz szpiku kostnego (przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi). Dokonanie przeszczepu lub zarejestrowanie na Krajowej Liście Oczekujących prowadzonej przez Centrum Organizacyjno-Koordynacyjne do Spraw Transplantacji Poltransplant powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nieodwracalnej schyłkowej niewydolności przeszczepianego narządu, do której doszło przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej – poważne zachorowanie, – przeszczepów wykorzystujących komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.
5.	Schyłkowa niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów przewlekłej niewydolności miąższu 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.

6.	Ostra niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej niewydolności miąższu wątroby, będące wyrazem gwałtownego pogorszenia jej funkcji, prowadzące do encefalopatii i zaburzeń krzepnięcia bez istniejącej wcześniej choroby wątroby. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) brak stwierdzenia wcześniej choroby wątroby, b) niewydolność wątroby trwająca nie dłużej niż 6 miesięcy od początku objawów choroby, c) encefalopatia wątrobowa ujawniona w okresie krótszym niż 26 tygodni od początku objawów choroby, d) zaburzenia w układzie krzepnięcia krwi, przy wskaźniku INR≥1,5. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu ani zatrucia lekami lub środkami chemicznymi.
7.	Śpiączka	A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, 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 ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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.
8.	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, przeciwinsulinowe 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 jednoznacznie 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.
9.	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. Zakresem ochrony objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
10.	Tężec o ciężkim przebiegu	A. Ostra choroba zakaźna wywołana przez laseczki tężca, występująca w postaci uogólnionej o ciężkim przebiegu i wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje tężca w postaci lekkiej, miejscowej ani mózgowej.
UKŁAD ODDECHOWY		
1.	Zatorowość płucna	A. Nagłe zatkanie światła pnia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień w wyniku przemieszczenia materiału zatorowego z żył obwodowych lub jam prawego serca, skutkujące przerwaniem napływu krwi do miąższu płuca, wymagająca leczenia w warunkach OIOM. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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 jednoznacznie opisanych w dokumentacji medycznej leczenia w OIOM.
2.	Przewlekła niewydolność oddechowa	A. Potwierdzona przez lekarza specjalistę pulmonologa przewlekła choroba płuc skutkująca znacznym obniżeniem wydolności oddechowej. Zakres ochrony obejmuje przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, pozapalne zwłóknienie i marskość płuc, pylicę płuc, samoistne włóknienie płuc Wymagane jest zaistnienie łącznie następujących warunków: a) konieczność przewlekłej tlenoterapii, tj.>15 h/dobę przez minimum 6 miesięcy, b) objawy kliniczne i wyniki badań wskazujące na niewydolność oddechową. 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.
3.	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 WHO. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę kardiologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje nadciśnienia płucnego wtórnego do jakiejkolwiek innej przyczyny.

Załącznik nr 2 do warunków umowy dodatkowej – poważne zachorowania

Katalog poważnych zachorowań – wariant standard (definicje zgodnie z Załącznikiem nr 1)	
1.	Zawał serca
2.	Zabiegi kardiochirurgiczne w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca
3.	Zabiegi kardiochirurgiczne wymiany zastawki
4.	Operacja aorty
5.	Udar mózgu
6.	Stwardnienie rozsiane
7.	Choroba Parkinsona
8.	Choroba Creutzfelda-Jakoba
9.	Łagodny guz mózgu
10.	Zakażenie wirusem HIV
11.	Oparzenia skóry
12.	Całkowita utrata wzroku
13.	Całkowita utrata słuchu
14.	Całkowita utrata mowy
15.	Anemia aplastyczna wymagająca leczenia
16.	Nowotwór
17.	Niewydolność nerek
18.	Przeszczep
19.	Schyłkowa niewydolność wątroby
20.	Śpiączka

Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 6) – § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 2), 3) – § 6 ust. 1 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 2), 3) – § 6 ust. 2 pkt 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej i definicji z § 2 pkt 2), 3) – § 3 ust. 5 – § 8 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – niezdolność do samodzielnej egzystencji (kod produktu: ADL)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy, jeśli w wyniku wypadku lub choroby utracisz zdolność do samodzielnego funkcjonowania.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Badanie lekarskie** – osobiste badanie (podmiotowe i przedmiotowe) przeprowadzane przez lekarza orzecznika lub lekarza uprawnionego.
2) **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 zadowalającej 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.
3) **Niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem lekarza uprawnionego.
4) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek niezdolności do samodzielnej egzystencji.
6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku wypadku, pod warunkiem iż:
   a) wypadek miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej;
   b) choroba będąca przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji została po raz pierwszy zdiagnozowana po rozpoczęciu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej i jednocześnie z powodu tej choroby nie rozpoczęto postępowania diagnostyczno-leczniczego przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia.

Jeśli w wyniku wypadku lub choroby utracisz możliwość samodzielnej egzystencji, otrzymasz od Allianz świadczenie finansowe, które pomoże Ci w finansowaniu stałej opieki.

3.
Allianz ponosi odpowiedzialność za wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji, będącej następstwem wypadku, jeżeli podjęcie leczenia nastąpi nie później niż przed upływem 180. dnia od zajścia wypadku.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności
1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
   c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
   d) 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,
   e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
   f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
   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 zalecone przez lekarza,
i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia,

2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wystąpi po upływie 12 miesięcy od:
a) wystąpienia wypadku, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem wypadku;
b) wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej następstwem choroby.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?
§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
c) 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.

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

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
c) do dnia uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

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 55 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem, że w przypadku:
1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:
a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego,
e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:

a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną niezdolności do samodzielnej egzystencji,
c) orzeczenia ZUS/KRUS o niezdolności do samodzielnej egzystencji lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, o ile takie orzeczenie było wydane,
d) opis okoliczności wypadku, jeżeli niezdolność do samodzielnej egzystencji była następstwem wypadku,
e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

1) Allianz ocenia zasadność roszczenia na podstawie przedstawionej dokumentacji. W razie zaistnienia wątpliwości Allianz zastrzega sobie również prawo powołania komisji lekarskiej celem przeprowadzenia badań lekarskich i oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego.
2) Pierwsza ocena zasadności roszczenia odbywa się najwcześniej po 90 dniach od daty wypadku lub pierwszej diagnozy choroby.

3.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia nie przekroczy 55 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację 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.

Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe

§10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 222/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz	Krzysztof Szypuła	Radosław Kamiński
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek	Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu
(kod produktu: PWS – pobyt w szpitalu wskutek wypadku,
PWSR – pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 2 pkt 6) – § 3 ust. 3 pkt 1)-2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 2) - 4) – § 6 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 pkt 3) – § 3 ust. 4 – § 3 ust. 6 – § 3 ust. 7 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 8 – § 8 ust. 3-4
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 2, 4 z uwzględnieniem zapisów ogólnych warunkach 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 – § 8 ust. 2 z uwzględnieniem zapisów ogólnych warunkach 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu (kod produktu: PWS – pobyt w szpitalu wskutek wypadku, PWSR – pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby)

Umowa, która zapewnia pomoc finansową wypłacaną w ustalonej kwocie za dzień pobytu w szpitalu (aż do 180 dni), jeśli znajdziesz się w nim wskutek wypadku bądź choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Choroba** – reakcja organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
2) **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 i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego w szpitalu.
3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
4) **Świadczenie dzienne** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona za każdy dzień pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków umowy dodatkowej.
5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu.
6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten rozpoczął się i trwał w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej. W zależności od wariantu umowy dodatkowej, ochroną objęty jest pobyt w szpitalu, który jest wynikiem:
   a) wypadku (wariant umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku), albo
   b) wypadku lub choroby (wariant umowy dodatkowej – Pobyt w szpitalu wskutek wypadku lub choroby).

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się zakresem:
a) wariant obejmujący pobyt w szpitalu będący wynikiem wypadku, albo
b) wariant obejmujący pobyt w szpitalu będący wynikiem wypadku lub choroby.

3.
1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie dzienne jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej:
   a) 1 dzień pobytu w szpitalu gdy był spowodowany wypadkiem,
   b) 4 dni pobytu w szpitalu gdy był spowodowany chorobą,
   c) 7 dni pobytu w szpitalu gdy był związany z ciążą lub spowodowany odbytym porodem,

   przy czym maksymalna wysokość świadczenia z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości świadczenia dziennego za 180 dni pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego.
2) Jeżeli nieprzerwana ilość dni pobytu w szpitalu przez Ubezpieczonego przekracza 180 dni, a pobyt ten spowodowany jest wypadkiem, Allianz wypłaci świadczenie za 180 dni w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego świadczenia dziennego dla niniejszej umowy dodatkowej.
3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 1) i 2) powyżej, a świadczenie dzienne za te dni nie przysługuje.

W ramach tej umowy dodatkowej możesz liczyć na wypłatę świadczenia w sytuacji, kiedy znajdziesz się w szpitalu. Allianz wypłaci Ci kwotę będącą iloczynem stawki dziennej oraz liczby dni pobytu w szpitalu (już od 1. dnia pobytu będącego wynikiem wypadku, od 4. dnia, jeżeli Twój pobyt w szpitalu będzie spowodowany chorobą).

4.
Jeżeli pobyt w szpitalu był spowodowany wypadkiem, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli pobyt w szpitalu Ubezpieczonego rozpoczął się nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty wypadku.

5.
W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczony może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

6.
Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczony był pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

7.

Ograniczenia odpowiedzialności

1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
   c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
   d) 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,
   e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
   f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
   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 zalecone przez lekarza,
   i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
   j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   k) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
   m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

   W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.
2) W razie zawarcia umowy dodatkowej w wariancie obejmującym jedynie pobyt w szpitalu będący wynikiem wypadku, zakres ubezpieczenia nie obejmuje również chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca lub udaru mózgu, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych oraz zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek.
3) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu związany był z:
   a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami 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) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia,
   d) rehabilitacją Ubezpieczonego niezależnie od charakteru placówki, w którym leczenie to było prowadzone.

8.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

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

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

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.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się:

a) w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych wypadkiem – w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
b) w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych chorobą – po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej

nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień

wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości świadczenia dziennego, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu umowy dodatkowej.
Wysokość składki uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5 b) i § 8 ust. 3.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego?
§ 8.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości świadczenia dziennego z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia świadczenia dziennego można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia świadczenia dziennego można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

Od początku trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć Świadczenie dzienne, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia świadczenia dziennego.

2.

Do podwyższenia świadczenia dziennego dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W przypadku zdarzeń będących wynikiem choroby, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia świadczenia dziennego.

4.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia świadczenia dziennego Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie

Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 223/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne
(kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku,
LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt. 1), 3) – § 6 ust. 1 – Załącznik do warunków Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4-5 – § 3 ust. 6 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 7 – § 8 ust. 3-4
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

Umowa, która zapewnia dodatkowe wsparcie finansowe w sytuacji, gdyby potrzebne Ci było leczenie operacyjne wskutek wypadku bądź choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Leczenie operacyjne/zabieg operacyjny/operacja** – leczenie chirurgiczne chorób lub obrażeń ciała będących skutkiem wypadku zaistniałego w okresie ochrony świadczonej przez Allianz z tytułu umowy dodatkowej, przeprowadzone w trakcie pobytu w szpitalu, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia zdiagnozowanej i określonej w dokumentacji medycznej choroby lub skutków wypadku, z wyłączeniem następujących zabiegów operacyjnych:
   a) prowadzonych w celach diagnostycznych,
   b) związanych z leczeniem wad wrodzonych,
   c) wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych,
   d) przeprowadzonych ze wskazań estetycznych.
2) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną z tytułu umowy dodatkowej.
3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek leczenia operacyjnego.
5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na poddaniu się przez Ubezpieczonego zabiegowi operacyjnemu określonemu w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się zakresem:
a) wariant obejmujący leczenie operacyjne wskutek wypadku, albo
b) wariant obejmujący leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby.

3.
Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia, przypisany danemu zabiegowi operacyjnemu, wymieniony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego, maksymalnie jednak do wysokości 100% sumy ubezpieczenia w roku polisowym.

W ramach tej umowy dodatkowej, w razie leczenia operacyjnego możesz liczyć na wypłatę kwoty, wyliczonej jako procent sumy ubezpieczenia uzależniony od rodzaju przebytej operacji. Operacje, w przypadku których Allianz wypłaca świadczenie oraz wysokość tych świadczeń są określone w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego, stanowiącej załącznik do niniejszych warunków.

4.
1) W przypadku zabiegów operacyjnych będących wynikiem wypadku, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli zabieg operacyjny Ubezpieczonego miał miejsce nie później niż przed upływem 30 dni, licząc od daty wypadku oraz w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.
2) W przypadku zabiegów operacyjnych będących wynikiem choroby, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie, jeżeli zabieg operacyjny Ubezpieczonego miał miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

5.
1) Jeżeli na skutek jednego wypadku Ubezpieczony ma wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, Allianz wypłaci jedno świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia, określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego.
2) Jeżeli na skutek choroby, w trakcie jednego pobytu w sali operacyjnej, Ubezpieczony ma wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, Allianz wypłaci jedno świadczenie za zabieg operacyjny o najwyższej wartości świadczenia, określony w Tabeli oceny procentowej leczenia operacyjnego.

6.
Ograniczenia odpowiedzialności
1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii

lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
d) 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,
e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 zalecone przez lekarza,
i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
k) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia,
n) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

2) W razie zawarcia umowy dodatkowej w wariancie obejmującym jedynie zabiegi operacyjne będące wynikiem wypadku zakres ubezpieczenia nie obejmuje również chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca lub udaru mózgu, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych oraz zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek.

7.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

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

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

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.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się:
a) w odniesieniu do zdarzeń będących skutkiem wypadku – w dniu wskazanym w polisie lub aneksie do polisy jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
b) w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych chorobą – po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,

nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki

w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.
Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz wybranego wariantu umowy dodatkowej. Wysokość Składki uzależniona jest również od występowania ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5 b) i § 8 ust. 3.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.
Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
c) kompletna dokumentacja medyczna związana z danym zabiegiem operacyjnym,
d) opis okoliczności wypadku, jeżeli pobyt w szpitalu był następstwem wypadku,
e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.
1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

Od początku trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od ej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.
Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.
W przypadku zdarzeń będących wynikiem choroby, ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

4.
W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 224/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik
do warunków Umowy dodatkowej – Leczenie operacyjne (kod produktu: LOP – Leczenie operacyjne wskutek wypadku, LOPR – Leczenie operacyjne wskutek wypadku lub choroby)

Tabela oceny procentowej leczenia operacyjnego

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ	1	Oczyszczenie/wycięcie rany, zakażenia, oparzenia	10%	✓	✓
	2	Wycięcie zmiany skóry	10%	–	✓
	3	Wolny przeszczep skóry (z wyjątkiem przeszczepu włosów)	20%	✓	✓
	4	Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	30%	✓	✓
	5	Rewizja płata uszypułowanego	30%	–	✓
	6	Wprowadzenie lub wymiana generatora impulsów do neurostymulacji	15%	–	✓
ZABIEGI W ZAKRESIE CZASZKI, MÓZGU I OPON	7	Kraniotomia, trepanacja czaszki, odbarczenie mózgu, usunięcie krwiaka nad/podtwardówkowego, śródmózgowego, ropnia, ciała obcego itp.	60%	✓	✓
	8	Powtórne otwarcie w miejscu kraniotomii (rewizja po operacji krwiaka)	30%	✓	✓
	9	Kraniektomia	20%	✓	✓
	10	Wprowadzenie cewnika do jamy czaszki	20%	✓	✓
	11	Nacięcie opon mózgu/drenaż w obrębie mózgu (ropnia, ropniaka, wodniaka podpajeczynówkowego, śródczaszkowego, podtwardówkowego)	20%	✓	✓
	12	Nacięcie/drenaż zatok czaszki	30%	✓	✓
	13	Drenaż krwiaka śródmózgowego	50%	–	✓
	14	Lobotomia/traktotomia – przecięcie tkanek mózgu, dróg mózgowych	80%	–	✓
	15	Opracowanie chirurgiczne rany mózgu	50%	✓	✓
	16	Zabieg wycięcia tkanki/guza mózgu	80%	–	✓
	17	Zabieg wycięcia tkanki/guza móżdżku	90%	–	✓
	18	Zabieg wycięcia tkanki/guza pnia mózgu	100%	–	✓
	19	Zabieg wycięcia zmiany opony mózgu	70%	–	✓
	20	Usunięcie ropnia pnia mózgu	80%	✓	✓
	21	Usunięcie ropnia móżdzku	80%	✓	✓
	22	Wycięcie zmiany w kościach czaszki	50%	–	✓
	23	Plastyka czaszki (wszystkie rodzaje)	50%	✓	✓
	24	Zeszycie opon mózgowych – proste szycie opony twardej	30%	✓	✓
	25	Inny zabieg naprawczy opon (w tym zamknięcie przetoki płynowej)	30%	✓	✓
	26	Odbarczenie złamania czaszki	50%	–	✓
	27	Chirurgiczne opracowanie złożonego złamania czaszki	70%	–	✓
	28	Plastyka czaszki – przeszczep kostny lub założenie płytki do czaszki	50%	–	✓
	29	Rewizja płata kostnego czaszki	30%	–	✓
	30	Usunięcie płytki z czaszki	30%	–	✓
	31	Wentrykulostomia	60%	–	✓
	32	Wentrykulostomia z wprowadzeniem drenu/zastawki mózgu	60%	–	✓
	33	Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	20%	✓	✓
	34	Rewizja, wymiana drenu dokomorowego mózgu	20%	✓	✓
	35	Wszczepienie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu – wszystkie typy zabiegów	100%	–	✓
	36	Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	100%	–	✓
	37	Częściowe wycięcie szyszynki	80%	–	✓
	38	Całkowite usunięcie szyszynki	80%	–	✓
	39	Częściowe operacyjne wycięcie przysadki/zmiany przysadki, z dojścia przezczołowego	100%	–	✓
	40	Subtotalne operacyjne wycięcie przysadki, z dojścia przezczołowego	100%	–	✓
	41	Całkowite usunięcie przysadki przezczołowe	100%	–	✓
	42	Całkowite usunięcie przysadki przezklinowe	100%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA RDZENIU KRĘGOWYM I STRUKTURACH KANAŁU KRĘGOWEGO ORAZ NERWACH	43	Usunięcie ciała obcego z kanału kręgowego	100%	✓	✓
	44	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przedniego	80%	✓	✓
	45	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu tylnego	80%	✓	✓
	46	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku szyjnym – operacyjne z dostępu przez gardło	100%	✓	✓
	47	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	48	Odbarczenie kanału kręgowego w odcinku piersiowo-lędźwiowym – operacyjne z dostępu tylnego	100%	✓	✓
	49	Reoperacja odbarczająca kanału kręgowego	100%	✓	✓
	50	Laminektomia odbarczająca	50%	✓	✓
	51	Eksploracja korzeni nerwów rdzeniowych	70%	✓	✓
	52	Inna eksploracja i odbarczenie kanału kręgowego	70%	✓	✓
	53	Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego	100%	–	✓
	54	Wycięcie zmiany opon rdzeniowych	80%	–	✓
	55	Operacja naprawcza rdzenia kręgowego – pourazowe	100%	✓	✓
	56	Operacja naprawcza opon rdzeniowych	100%	✓	✓
	57	Uwolnienie zrostów rdzenia kręgowego i korzonków nerwowych	80%	–	✓
	58	Drenaż przestrzeni rdzeniowych – każdy	10%	✓	✓
	59	Wprowadzenie, wymiana, usunięcie neurostymulatora rdzenia kręgowego	60%	–	✓
	60	Rewizja drenażu przestrzeni płynowych rdzenia	20%	✓	✓
	61	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	100%	–	✓
	62	Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego z kraniotomią	100%	–	✓
	63	Wycięcie nerwu lub nerwiaka obwodowego	50%	–	✓
	64	Szycie nerwu czaszkowego	50%	✓	✓
	65	Szycie nerwu obwodowego	50%	✓	✓
	66	Uwolnienie zrostów/dekompresja korzeni nerwów czaszkowych/odbarczenie korzeni nerwu twarzowego, trójdzielnego, innego czaszkowego	80%	✓	✓
	67	Uwolnienie kanału nadgarstka (również endoskopowe)	20%	–	✓
	68	Uwolnienie kanału stępu	20%	–	✓
	69	Chirurgiczne odbarczenie/uwolnienie zrostów nerwu obwodowego lub zwoju nerwowego	20%	–	✓
	70	Przeszczep nerwu czaszkowego	100%	–	✓
	71	Przeszczep nerwu obwodowego	80%	–	✓
	72	Przemieszczenie nerwu czaszkowego	60%	–	✓
	73	Plastyka nerwów czaszkowych lub obwodowych	90%	–	✓
	74	Rewizja po naprawczej operacji nerwów czaszkowych i obwodowych	80%	–	✓
	75	Wszczepienie/wymiana stymulatora nerwu obwodowego	20%	–	✓
	76	Przecięcie nerwu współczulnego lub zwoju	20%	–	✓
	77	Sympatektomia szyjna (oprócz termolezji)	25%	–	✓
	78	Sympatektomia piersiowa, lędźwiowa (w tym wideoskopowa)	35%	–	✓
	79	Sympatektomia przedkrzyżowa	35%	–	✓
	80	Sympatektomia okołotętnicza	25%	–	✓
	81	Wycięcie nerwu/zwoju współczulnego	25%	–	✓
	82	Operacja naprawcza nerwu lub zwoju współczulnego	60%	–	✓
ZABIEGI NA TARCZYCY I NADNERCZACH	83	Nacięcie i drenaż krwiaka w zakresie tarczycy	10%	–	✓
	84	Eksploracja okolicy szyi przez nacięcie	30%	–	✓
	85	Usunięcie ciała obcego w zakresie tarczycy	20%	✓	✓
	86	Usunięcie płata tarczycy	30%	✓	✓
	87	Inny niż określone w pkt 83-86 zabieg częściowego usunięcia tarczycy/zmiany tarczycy	25%	✓	✓
	88	Całkowita resekcja tarczycy	60%	✓	✓
	89	Szycie tarczycy	20%	✓	✓
	90	Usunięcie przytarczyc	50%	–	✓
	91	Wycięcie zmiany nadnercza	30%	–	✓
	92	Nacięcie nadnercza z drenażem	25%	–	✓
	93	Częściowe/jednostronne usunięcie nadnerczy	30%	✓	✓
	94	Obustronne usunięcie nadnerczy	40%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE OKA, UCHA, NOSA I ZATOK	95	Korekcja operacyjna opadania powiek/przykurczu powiek	20%	–	✓
	96	Korekcja operacyjna podwiniętej lub wywiniętej powieki	20%	–	✓
	97	Rekonstrukcja powieki przy pomocy płata/przeszczepu	30%	–	✓
	98	Wycięcie zmiany gruczołu/gruczołu łzowego	20%	–	✓
	99	Nacięcie woreczka łzowego i dróg łzowych	10%	–	✓
	100	Zabieg naprawczy w zakresie kanalików łzowych i otworu łzowego	25%	–	✓
	101	Usunięcie operacyjne ciała obcego ze spojówki	15%	–	✓
	102	Wycięcie zmiany ze spojówki	20%	–	✓
	103	Plastyka spojówki	25%	–	✓
	104	Operacja naprawcza skaleczenia spojówki	10%	✓	✓
	105	Usunięcie skrzydlika	20%	–	✓
	106	Zabieg naprawczy w zakresie rogówki	35%	✓	✓
	107	Przeszczep rogówki	50%	–	✓
	108	Chirurgia rekonstrukcyjna rogówki	40%	✓	✓
	109	Nacięcie tęczówki i proste wycięcie tęczówki	30%	–	✓
	110	Plastyka tęczówki i rogówki	40%	–	✓
	111	Wycięcie operacyjne zmiany tęczówki	40%	–	✓
	112	Wycięcie operacyjne zmiany ciałka rzęskowego	40%	–	✓
	113	Wytworzenie przetoki twardówki	30%	–	✓
	114	Usunięcie operacyjne zmiany twardówki	30%	✓	✓
	115	Naprawa garbiaka twardówki przeszczepem	30%	–	✓
	116	Szycie skaleczenia twardówki/inny zabieg w zakresie uszkodzonej urazowo twardówki	20%	–	✓
	117	Wewnątrztorebkowe usunięcie soczewki w celu leczenia zaćmy	35%	–	✓
	118	Zewnątrztorebkowe usunięcie soczewki przez rozdrobnienie, aspirację i wypłukanie	35%	–	✓
	119	Wszczepienie soczewki (jednoetapowe z usunięciem zaćmy) – łącznie z usunięciem soczewki każdego rodzaju	40%	–	✓
	120	Wszczepienie soczewki po usunięciu zaćmy (wtórne)	20%	–	✓
	121	Usunięcie wszczepionej soczewki	20%	–	✓
	122	Usunięcie operacyjne ciała obcego z tylnego segmentu oka	40%	–	✓
	123	Zabieg naprawczy rozerwania siatkówki (również fotokoagulacja, krioterapia, laser)	30%	✓	✓
	124	Zabieg naprawczy odwarstwienia siatkówki (również fotokoagulacja, krioterapia)	30%	✓	✓
	125	Usunięcie ciała szklistego	40%	✓	✓
	126	Naprawa mięśnia okoruchowego	30%	✓	✓
	127	Zaopatrzenie chirurgiczne urazu gałki ocznej/oczodołu	10%	✓	✓
	128	Zabieg nacięcia oczodołu	20%	✓	✓
	129	Usunięcie penetrującego ciała obcego z oka	40%	✓	✓
	130	Wytrzewienie gałki ocznej	50%	✓	✓
	131	Wyłuszczenie gałki ocznej	50%	✓	✓
	132	Wytrzewienie oczodołu	50%	✓	✓
	133	Wycięcie zmiany oczodołu	40%	–	✓
	134	Osteoplastyka oczodołu	40%	–	✓
	135	Wszczepienie protezy do oczodołu	20%	–	✓
	136	Wycięcie chirurgiczne zmiany w zakresie ucha zewnętrznego	35%	–	✓
	137	Wycięcie częściowe małżowiny usznej	35%	–	✓
	138	Amputacja ucha zewnętrznego	30%	✓	✓
	139	Nacięcie zewnętrznego przewodu słuchowego	30%	–	✓
	140	Rekonstrukcja zewnętrznego przewodu słuchowego	40%	✓	✓
	141	Plastyka ucha zewnętrznego	50%	✓	✓
	142	Mobilizacja/wycięcie strzemiączka	60%	–	✓
	143	Rewizja po wycięciu strzemiączka	35%	–	✓
	144	Inna niż określone w pkt 142 i 143 operacja na kosteczkach słuchowych	60%	–	✓
	145	Plastyka błony bębenkowej z użyciem przeszczepu	60%	–	✓
	146	Tympanoplastyka	60%	–	✓
	147	Rewizja po tympanoplastyce	20%	–	✓
	148	Otwarcie wyrostka sutkowatego	30%	–	✓
	149	Otwarcie ucha środkowego	60%	–	✓
	150	Operacja wyrostka sutkowatego i ucha środkowego	60%	–	✓
	151	Wycięcie zmiany ucha środkowego	60%	–	✓
	152	Fenestracja ucha wewnętrznego	60%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE OKA, UCHA, NOSA I ZATOK	153	Rewizja po fenestracji ucha wewnętrznego	30%	–	✓
	154	Otwarcie błędnika kostnego	40%	–	✓
	155	Wycięcie błędnika przezbębenkowo	60%	–	✓
	156	Operacja trąbki Eustachiusza	20%	–	✓
	157	Wszczepienie/wymiana implantu słuchowego (protezy słuchowej)	40%	–	✓
	158	Wszczepienie/wymiana protezy ślimaka	60%	–	✓
	159	Podwiązanie naczyń przy krwotoku z nosa	20%	–	✓
	160	Nacięcie nosa – chrząstki, przegrody, małżowiny	10%	–	✓
	161	Miejscowe wycięcie chirurgiczne zmiany wewnątrznosowej	15%	–	✓
	162	Wycięcie chirurgiczne małżowiny nosa	20%	–	✓
	163	Resekcja nosa	35%	–	✓
	164	Otwarte nastawienie złamania nosa	20%	✓	✓
	165	Przyszycie amputowanego nosa	50%	✓	✓
	166	Zabieg naprawczy zatok nosa	35%	✓	✓
	167	Operacja zatok nosa – inny niż określony w pkt 166 Zabieg naprawczy	35%	✓	✓
	168	Całkowita rekonstrukcja nosa	50%	–	✓
	169	Korekcyjna plastyka nosa/przegrody nosa	25%	–	✓
	170	Antrotomia (otwarcie) zatoki szczękowej	35%	–	✓
	171	Otwarcie chirurgiczne zatoki czołowej	35%	–	✓
	172	Wycięcie (zmiany) zatoki czołowej	35%	–	✓
	173	Otwarcie chirurgiczne komórek sitowych/zatoki klinowej	30%	–	✓
ZABIEGI W ZAKRESIE JAMY USTNEJ, GARDŁA I KRTANI	174	Szycie rany języka	10%	✓	✓
	175	Częściowe wycięcie języka	30%	✓	✓
	176	Całkowite usunięcie języka	40%	✓	✓
	177	Zabieg naprawczy języka/plastyka języka	30%	✓	✓
	178	Wycięcie zmiany ślinianki podżuchwowej	20%	–	✓
	179	Wycięcie zmiany ślinianki przyusznej	40%	–	✓
	180	Częściowe wycięcie ślinianki podżuchwowej	25%	–	✓
	181	Częściowe wycięcie ślinianki przyusznej	40%	–	✓
	182	Całkowite usunięcie ślinianki podżuchwowej	30%	–	✓
	183	Całkowite usunięcie ślinianki przyusznej	50%	–	✓
	184	Zabieg naprawczy ślinianki lub przewodu ślinowego (zamknięcie przetoki, plastyka)	10%	–	✓
	185	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki w zakresie podniebienia twardego	25%	–	✓
	186	Operacja języczka	20%	–	✓
	187	Inna niż określone w pkt 174-186 operacja w zakresie jamy ustnej i twarzy	10%	✓	✓
	188	Nacięcie i drenaż migdałka/struktur okołomigdałkowych	15%	–	✓
	189	Wycięcie migdałków podniebiennych (tonsilektomia)	30%	–	✓
	190	Wycięcie migdałków podniebiennych i migdałka gardłowego	35%	–	✓
	191	Wycięcie migdałka podniebiennego/gardłowego	20%	–	✓
	192	Wycięcie zmiany migdałka	20%	–	✓
	193	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki w gardle	25%	–	✓
	194	Operacja plastyczna gardła	35%	–	✓
	195	Szycie rany gardła	30%	✓	✓
	196	Inny niż określone w pkt 193-195 zabieg naprawczy w zakresie gardła	20%	–	✓
	197	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki krtani	20%	–	✓
	198	Częściowa laryngektomia	60%	–	✓
	199	Całkowita laryngektomia	60%	–	✓
	200	Radykalna laryngektomia (z układem chłonnym szyi)	100%	–	✓
	201	Zabieg naprawczy krtani (w tym szycie rany krtani)	30%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE KLATKI PIERSIOWEJ	202	Stała tracheostomia/rewizja tracheostomii	10%	✓	✓
	203	Zabieg protezowania tchawicy/oskrzela	10%	–	✓
	204	Zabieg naprawczy/plastyczny tchawicy (w tym szycie rany tchawicy, zamknięcie przetoki)	30%	✓	✓
	205	Miejscowe usunięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki oskrzela (otwarte)	40%	–	✓
	206	Miejscowe usunięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki oskrzela (endoskopowe)	10%	–	✓
	207	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki płuca	40%	–	✓
	208	Segmentowa resekcja płuca	50%	✓	✓
	209	Usunięcie płata płucnego (lobektomia)	60%	✓	✓
	210	Całkowite usunięcie płuca	80%	✓	✓
	211	Chirurgiczne wytworzenie odmy opłucnowej	10%	–	✓
	212	Zabieg naprawczy/plastyczny w zakresie płuca i oskrzela (w tym szycie rany oskrzela, płuca, zamknięcie przetoki)	40%	✓	✓
	213	Przeszczep płuca	100%	–	✓
	214	Przeszczep płuc i serca	100%	–	✓
	215	Otwarcie klatki piersiowej (torakotomia zwiadowcza) – tylko pourazowe	40%	✓	✓
	216	Drenaż opłucnej	10%	–	✓
	217	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki śródpiersia (otwarte)	40%	–	✓
	218	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki śródpiersia przez mediastinoskopię	20%	–	✓
	219	Wycięcie chirurgiczne zmiany ze ściany klatki piersiowej z usunięciem żeber	30%	–	✓
	220	Wycięcie chirurgiczne zmiany ze ściany klatki piersiowej (warstwa powięziowo-mięśniowa)	20%	–	✓
	221	Częściowe wycięcie opłucnej (dekortykacja)	50%	✓	✓
	222	Zabieg naprawczy opłucnej	40%	✓	✓
	223	Zabieg naprawczy w zakresie ściany klatki piersiowej	20%	✓	✓
	224	Zabieg naprawczy w zakresie przepony	50%	✓	✓
	225	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku z dostępu brzusznego	35%	–	✓
	226	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku przez torakotomię	45%	–	✓
	227	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki przełyku – endoskopowe	10%	–	✓
	228	Protezowanie przełyku	10%	–	✓
	229	Częściowe wycięcie przełyku	60%	–	✓
	230	Całkowite wycięcie przełyku	100%	–	✓
	231	Szycie rozerwania przełyku	60%	✓	✓
	232	Zamknięcie przetoki przełykowej	40%	–	✓
	233	Podwiązanie chirurgiczne żylaków przełyku (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓
	234	Podwiązanie chirurgiczne żylaków przełyku – endoskopowe	15%	–	✓
	235	Usunięcie grasicy (każdy dostęp)	40%	–	✓
	236	Zamknięta walwulotomia (każda zastawka)	50%	–	✓
	237	Otwarta walwuloplastyka bez wymiany zastawki	100%	✓	✓
	238	Wymiana zastawki serca	100%	✓	✓
	239	Operacja innych niż określone w pkt 236-238 struktur związanych z zastawkami serca (w tym mięśnie brodawkowate, nitki ścięgniste, beleczki mięśniowe)	100%	✓	✓
	240	Zamknięcie ubytku międzyprzedsionkowego/międzykomorowego materiałem sztucznym (pourazowego)	100%	✓	✓
	241	Zamknięcie ubytku w przegrodzie międzyprzedsionkowej/międzykomorowej z użyciem przeszczepu tkankowego (pourazowego)	100%	✓	✓
	242	Rewizja po zabiegach korekcyjnych serca	50%	–	✓
	243	Otwarta koronaroplastyka (angioplastyka wieńcowa)	50%	–	✓
	244	Angioplastyka balonowa naczyń wieńcowych (przezskórna)	20%	–	✓
	245	Angioplastyka balonowa naczyń wieńcowych z wprowadzeniem stentu	20%	–	✓
	246	Pomosty (by-passy) dla rewaskularyzacji serca	80%	✓	✓
	247	Pomostowanie aortalno-wieńcowe techniką minimalnie inwazyjną (MIDCAP)	50%	–	✓
	248	Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	50%	–	✓
	249	Perikardiocenteza	20%	–	✓
	250	Kardiotomia (w tym nacięcie wsierdzia, mięśnia, przedsionka, komory)	80%	–	✓
	251	Perikardiotomia (w tym przecięcie, nacięcie osierdzia)	30%	–	✓
	252	Perikardiektomia, częściowe wycięcie worka osierdziowego	30%	–	✓
	253	Wycięcie tętniaka serca	80%	–	✓
	254	Częściowa wentrykulektomia	80%	✓	✓
	255	Zabieg naprawczy serca/osierdzia (tylko zabieg otwarty, w tym wszczepienie urządzenia wspomagającego pracę serca)	60%	✓	✓
	256	Przeszczep serca	100%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE KLATKI PIERSIOWEJ	257	Wszczepienie systemu całkowicie zastępującego serce (TAH)	40%	–	✓
	258	Wymiana lub naprawa wszczepialnej części systemu całkowicie zastępującego serce	40%	–	✓
	259	Wymiana i naprawa systemu wspomagającego serce	20%	–	✓
	260	Wszczepienie wewnątrzustrojowego systemu wspomagania serca (VAD)	40%	–	✓
	261	Wszczepienie przezskórnego zewnętrznego urządzenia wspomagającego pracę serca	20%	–	✓
	262	Wprowadzenie/rewizja/wymiana/usunięcie elektrod rozrusznika serca, czasowego rozrusznika serca lub rewizja miejsca wprowadzenia rozrusznika	20%	✓	✓
	263	Założenie/wymiana/usunięcie lub rewizja rozrusznika serca	30%	✓	✓
	264	Wszczepienie lub wymiana całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	30%	✓	✓
	265	Wszczepienie elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	20%	✓	✓
	266	Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji/defibrylacji [AICD]	20%	✓	✓
	267	Zabieg w zakresie przewodu piersiowego (w tym podwiązanie, kaniulowanie, wytworzenie, zamkniecie przetoki)	30%	✓	✓
	268	Miejscowe wycięcie zmiany gruczołu piersiowego	10%	–	✓
	269	Resekcja kwadrantu piersi	20%	–	✓
	270	Wycięcie guza piersi – BCT	20%	–	✓
	271	Jednostronne proste odjęcie piersi (mastektomia prosta)	30%	–	✓
	272	Obustronne proste odjęcie piersi	60%	–	✓
	273	Jednostronne radykalne odjęcie piersi (mastektomia radykalna)	50%	–	✓
	274	Obustronne radykalne odjęcie piersi	100%	–	✓
	275	Jednostronna podskórna mammektomia z lub bez jednoczesnego wszczepu	40%	–	✓
	276	Całkowita rekonstrukcja piersi	40%	–	✓
	277	Inna niż określone w pkt 268-276 naprawcza/plastyczna operacja piersi (w tym przeszczep płata mięśniowego)	30%	–	✓
	278	Rekonstrukcja lub zabieg naprawczy brodawki sutkowej	20%	–	✓
ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE JAMY BRZUSZNEJ	279	Częściowe usunięcie śledziony	35%	✓	✓
	280	Całkowita splenektomia	35%	✓	✓
	281	Zabieg naprawczy/plastyka śledziony	35%	✓	✓
	282	Gastrostomia (z wyjątkiem endoskopowej PEG)	30%	✓	✓
	283	Gastrostomia – Przezskórna endoskopowa przetoka żołądkowa [PEG]	15%	–	✓
	284	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki żołądka (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
	285	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki żołądka – endoskopowe	10%	–	✓
	286	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z przełykiem	60%	✓	✓
	287	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z dwunastnicą	60%	✓	✓
	288	Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym	60%	✓	✓
	289	Częściowe wycięcie żołądka – inne niż określone w pkt 286-288 (w tym z wstawką)	60%	✓	✓
	290	Całkowite usunięcie żołądka (w tym z dwunastnicą, z przełykiem)	80%	✓	✓
	291	Zespolenie żołądkowo-jelitowe bez wycięcia żołądka, również laparoskopowe	40%	✓	✓
	292	Zaszycie wrzodu żołądka lub dwunastnicy (operacyjne)	30%	–	✓
	293	Chirurgiczne opanowanie krwotoku z żołądka, dwunastnicy (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
	294	Opanowanie krwotoku z żołądka, dwunastnicy – endoskopowe	10%	–	✓
	295	Rewizja zespolenia żołądkowego	30%	–	✓
	296	Zabieg naprawczy szycia rozerwanej ściany żołądka	30%	✓	✓
	297	Zamknięcie przetoki żołądka	30%	–	✓
	298	Zabieg naprawczy przywracający wydolność wpustu żołądka (również laparoskopowy)	35%	–	✓
	299	Resekcja w zakresie jelita cienkiego – częściowa, całkowita, mnoga	50%	✓	✓
	300	Plastyka żołądka, również laparoskopowa	35%	–	✓
	301	Podwiązanie chirurgiczne żylaków wpustu żołądka (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
	302	Podwiązanie żylaków wpustu żołądka – endoskopowe	15%	–	✓
	303	Operacja ograniczająca objętość żołądka (również laparoskopowa)	35%	–	✓
	304	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek dwunastnicy, jelita cienkiego (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓
	305	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanek dwunastnicy, jelita cienkiego – endoskopowe	10%	–	✓
	306	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki jelita grubego (z wyjątkiem endoskopowego)	35%	–	✓
	307	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki jelita grubego – endoskopowe	10%	–	✓
	308	Całkowita resekcja jelita grubego	80%	–	✓
	309	Wycięcie kątnicy	50%	✓	✓
	310	Hemikolektomia prawostronna	50%	✓	✓
	311	Resekcja poprzecznicy	50%	✓	✓
	312	Hemikolektomia lewostronna	50%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH I ŚCIANIE JAMY BRZUSZNEJ	313	Sigmoidektomia	50%	✓	✓
	314	Częściowe operacyjne wycięcie jelita grubego – inne niż określone w pkt 309-313	30%	✓	✓
	315	Zespolenie jelitowe (wszystkie rodzaje)	30%	✓	✓
	316	Wyłonienie jelita – cienkiego, grubego (kolostomia, ileostomia – czasowa, stała)	30%	✓	✓
	317	Enterostomia – inna niż określone w pkt 316 (z wyjątkiem endoskopowej)	30%	✓	✓
	318	Rewizja przetoki jelitowej (w tymrekonstrukcja, plastyka) – jelito cienkie, grube	40%	–	✓
	319	Zamknięcie sztucznej przetoki jelitowej – jelito cienkie, grube	30%	–	✓
	320	Ufiksowanie jelita cienkiego/grubego	30%	–	✓
	321	Inny niż określone w pkt 315-320 zabieg naprawczy w zakresie jelit – w tym szycie rozerwanej dwunastnicy, jelita cienkiego, grubego, zamknięcie przetoki	30%	✓	✓
	322	Appendektomia celowa (usunięcie wyrostka robaczkowego), również laparoskopowa	30%	–	✓
	323	Inny niż określony w pkt 322 zabieg w zakresie wyrostka robaczkowego (w tym drenaż ropnia)	30%	–	✓
	324	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy (z wyjątkiem endoskopowego)	30%	–	✓
	325	Miejscowe wycięcie zmiany odbytnicy – endoskopowe	10%	–	✓
	326	Szycie rozerwania odbytnicy	30%	✓	✓
	327	Resekcja odbytnicy (każdy dostęp)	50%	✓	✓
	328	Wycięcie tkanek okolicy okołoodbytniczej	20%	–	✓
	329	Wycięcie, zamknięcie przetoki odbytu	20%	–	✓
	330	Podwiązanie hemoroidów	15%	–	✓
	331	Wycięcie hemoroidów	20%	–	✓
	332	Szycie rany odbytu	20%	✓	✓
	333	Wycięcie odbytu	60%	–	✓
	334	Zabieg naprawczy w zakresie zwieracza odbytu	25%	–	✓
	335	Operacja naprawcza wypadniętego odbytu	20%	–	✓
	336	Częściowe wycięcie wątroby	50%	✓	✓
	337	Całkowite usunięcie wątroby	100%	✓	✓
	338	Zabieg naprawczy – szycie torebki wątroby	30%	–	✓
	339	Przeszczep wątroby	100%	–	✓
	340	Zabieg naprawczy wątroby – inny niż określone w pkt 338	50%	✓	✓
	341	Cholecystektomia (również laparoskopowa)	40%	✓	✓
	342	Zespolenie pęcherzyka żółciowego lub przewodów żółciowych (dróg żółciowych)	40%	✓	✓
	343	Wycięcie operacyjne brodawki Vatera/przewodu żółciowego wspólnego	40%	–	✓
	344	Radykalne wycięcie dróg żółciowych zewnątrzwątrobowych z częściowym wycięciem wątroby	80%	–	✓
	345	Zabieg naprawczy dróg żółciowych (szycie, plastyka)	40%	✓	✓
	346	Protezowanie dróg żółciowych	10%	–	✓
	347	Częściowa pankreatektomia (wszystkie rodzaje)	70%	✓	✓
	348	Totalna pankreatektomia	100%	✓	✓
	349	Pankreatoduodenektomia (operacja Whipplea, Traverso-Longmire'a)	80%	–	✓
	350	Przeszczep trzustki	100%	–	✓
	351	Operacja naprawcza trzustki (w tym szycie, fistulektomia)	50%	✓	✓
	352	Zespolenie trzustki (przewodu trzustkowego) z jelitem, żołądkiem	50%	✓	✓
	353	Jednostronna operacja przepukliny pachwinowej	30%	–	✓
	354	Obustronna operacja przepukliny pachwinowej	50%	–	✓
	355	Jednostronna operacja przepukliny udowej	30%	–	✓
	356	Obustronna operacja przepukliny udowej	50%	–	✓
	357	Operacja przepukliny pępkowej	30%	–	✓
	358	Operacja przepukliny przeponowej (dostęp piersiowy lub brzuszny)	50%	–	✓
	359	Operacja naprawcza innej przepukliny	30%	–	✓
	360	Laparotomia zwiadowcza (tylko pourazowa)	30%	✓	✓
	361	Usunięcie zrostów otrzewnowych w obrębie jamy brzusznej i miednicy – metoda otwarta i laparoskopowa	30%	–	✓
	362	Nacięcie/drenaż ściany jamy brzusznej (warstwa powięziowo-mięśniowa, otrzewna)	10%	✓	✓
	363	Zeszycie ściany jamy brzusznej i otrzewnej	30%	✓	✓
	364	Zabieg naprawczy w zakresie jamy brzusznej – inny niż określone w pkt 361-363 (w tym przeszczep sieci, operacja naprawcza krezki)	30%	✓	✓
	365	Przezskórny drenaż jamy brzusznej	10%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO	366	Drenaż przestrzeni okołonerkowej lub okołopęcherzowej	15%	✓	✓
	367	Nacięcie miąższu nerkowego (nefrotomia) i wytworzenie przetoki nerkowej (nefrostomia) w celu eksploracji nerki, usunięcia kamienia	30%	✓	✓
	368	Nacięcie miedniczki nerkowej (pielotomia) i wytworzenie przetoki miedniczkowej (pielostomia)	30%	✓	✓
	369	Częściowe wycięcie nerki	40%	✓	✓
	370	Całkowite wycięcie nerki (nefrektomia)	60%	✓	✓
	371	Obustronne wycięcie nerek	100%	✓	✓
	372	Przeszczep nerki	80%	✓	✓
	373	Umocowanie lub podwieszenie nerki nadmiernie ruchomej (nefropeksja)	30%	✓	✓
	374	Zeszycie rany nerki	30%	✓	✓
	375	Zamknięcie nefrostomii/pielostomii	20%	✓	✓
	376	Zamknięcie innej przetoki nerkowej	20%	✓	✓
	377	Zespolenie nerkowe (miedniczkowe, moczowodowe, kielichowe)	40%	✓	✓
	378	Przezskórne nakłucie i odessanie (krwiaka nerki, nakłucie nerki)	20%	✓	✓
	379	Nacięcie moczowodu w celu odprowadzenia moczu/eksploracji	20%	✓	✓
	380	Częściowe wycięcie moczowodu	50%	✓	✓
	381	Całkowite usunięcie moczowodu	60%	✓	✓
	382	Wycięcie moczowodu (ureterektomia) – inne niż określone w pkt 380 i 381	50%	✓	✓
	383	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skórnej (jednostronnie)	70%	✓	✓
	384	Wytworzenie przetoki moczowodowo-jelitowo-skórnej (obustronnie)	100%	–	✓
	385	Rewizja/zamknięcie przetoki moczowodowej-jelitowo-skórnej	40%	–	✓
	386	Wytworzenie przetoki moczowodowo-skórnej (jednostronnie)	60%	✓	✓
	387	Wytworzenie przetoki moczowodowo-skórnej (obustronnie)	80%	✓	✓
	388	Odprowadzenie moczu do jelita – inne niż określone w pkt 383-385	40%	✓	✓
	389	Rewizja zespolenia moczowodowo-jelitowego	20%	–	✓
	390	Przeszczepienie moczowodu do pęcherza	40%	✓	✓
	391	Zespolenie międzymoczowodowe (transureteroureterostomia)	40%	✓	✓
	392	Zeszycie rany moczowodu	30%	✓	✓
	393	Zamknięcie przetoki moczowodowej	20%	–	✓
	394	Umocowanie moczowodu (ureteropeksja)	10%	–	✓
	395	Uwolnienie lub przemieszczenie moczowodu	20%	–	✓
	396	Inny zabieg naprawczy moczowodu (wszczep, pętla jelitowa, ureteroplikacja)	50%	✓	✓
	397	Podwiązanie moczowodu	30%	✓	✓
	398	Przezcewkowe opróżnienie pęcherza moczowego – drenaż pęcherza moczowego bez nacięcia	10%	✓	✓
	399	Usunięcie skrzepów z pęcherza bez nacięcia – przezcewkowe	10%	✓	✓
	400	Usunięcie kamieni/ciała obcego z pęcherza bez nacięcia (przezcewkowe)	10%	–	✓
	401	Przezskórna cystostomia (przetoka)	30%	✓	✓
	402	Inna przetoka nadłonowa	30%	✓	✓
	403	Zespolenie pęcherzowo-skórne (vesicostomia)	40%	✓	✓
	404	Rewizja lub zamknięcie przetoki pęcherzowo-skórnej	20%	✓	✓
	405	Przezcewkowe wycięcie lub zniszczenie zmiany patologicznej lub tkanki pęcherza moczowego	15%	–	✓
	406	Otwarte wycięcie zmiany lub tkanki pęcherza	30%	✓	✓
	407	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	50%	✓	✓
	408	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego (włącznie z wytrzewieniem)	100%	✓	✓
	409	Zeszycie rany pęcherza moczowego	20%	✓	✓
	410	Zamknięcie cystostomii	10%	–	✓
	411	Operacja przetoki pęcherzowo-jelitowej	40%	✓	✓
	412	Operacja innej przetoki pęcherzowej	40%	✓	✓
	413	Plastyka pęcherza/cewki moczowej/szyi pęcherza	30%	✓	✓
	414	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	80%	✓	✓
	415	Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego – nadłonowo	15%	✓	✓
	416	Wszczepienie/wymiana/usunięcie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	15%	–	✓
	417	Nacięcie cewki moczowej (w celu usunięcia kamienia, wytworzenia przetoki)	10%	–	✓
	418	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanek cewki moczowej (w tym endoskopowe)	15%	–	✓
	419	Wycięcie cewki moczowej	80%	✓	✓
	420	Operacje naprawcze cewki (operacja przetoki, odtworzenie ciągłości, plastyka ujścia zewnętrznego, z wyjątkiem operacji spodziectwa lub wierzchniactwa)	20%	–	✓
	421	Usunięcie operacyjne zwężenia cewki moczowej (również endoskopowe)	15%	–	✓
	422	Zeszycie rany cewki moczowej	15%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO	423	Odtworzenie ciągłości cewki moczowej	30%	✓	✓
	424	Nacięcie tkanki okołocewkowej	10%	–	✓
	425	Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej [AUS]	20%	–	✓
	426	Uwolnienie zrostów okołonerkowych lub około moczowodowych (w tym laparoskopowo)	20%	–	✓
	427	Uwolnienie zrostów około pęcherzowych (w tym laparoskopowe)	20%	–	✓
	428	Inne nacięcie tkanki około pęcherzowej – odsłonięcie (eksploracja) przestrzeni około pęcherzowej, pozałonowej, drenaż krwiaka	20%	✓	✓
	429	Sfałdowanie (plikacja) połączenia pęcherzowo cewkowego	20%	–	✓
	430	Operacja nadłonowa z użyciem pętli podwieszającej	20%	–	✓
	431	Załonowe podwieszenie cewki moczowej	20%	–	✓
	432	Inna operacja wysiłkowego nietrzymania moczu – podwieszenie cewki i pęcherza (wykluczone wstrzyknięcia implantu)	20%	–	✓
	433	Nacięcie ropnia stercza z drenażem	20%	✓	✓
	434	Przezcewkowe wycięcie gruczołu krokowego (w tym laserowe TULIP, PVP)	30%	–	✓
	435	Prostatektomia nadłonowa	50%	✓	✓
	436	Prostatektomia załonowa	50%	✓	✓
	437	Prostatektomia radykalna	60%	✓	✓
	438	Wycięcie pęcherzyków nasiennych	40%	–	✓
	439	Nacięcie i drenaż moszny i osłonki pochwowej jądra	20%	✓	✓
	440	Szycie rany moszny, osłonki pochwowej jądra	15%	✓	✓
	441	Operacja przetoki mosznowej	30%	✓	✓
	442	Operacja naprawcza moszny/osłonki pochwowej – inna niż określone w pkt 440 i 441	30%	✓	✓
	443	Rekonstrukcja moszny	30%	✓	✓
	444	Wycięcie torbieli Morgagni'ego jądra	20%	–	✓
	445	Jednostronne wycięcie jądra	30%	✓	✓
	446	Wycięcie obu jąder	80%	✓	✓
	447	Szycie rany jądra	20%	✓	✓
	448	Wycięcie żylaków i wodniaka powrózka nasiennego	15%	–	✓
	449	Wycięcie torbieli najądrza	10%	–	✓
	450	Wycięcie najądrza	20%	✓	✓
	451	Szycie rany powrózka nasiennego/najądrza	30%	✓	✓
	452	Przeszczep powrózka nasiennego	20%	–	✓
	453	Zabieg naprawczy nasieniowodu/najądrza	20%	–	✓
	454	Szycie rany nasieniowodu/najądrza	30%	✓	✓
	455	Miejscowe wycięcie chirurgiczne zmiany prącia i/lub moszny	10%	–	✓
	456	Amputacja prącia	50%	✓	✓
	457	Szycie rany prącia	10%	✓	✓
	458	Odtworzenie prącia	80%	✓	✓
	459	Replantacja/przyszycie amputowanego prącia	80%	✓	✓
	460	Lokalne wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki jajników (również laparoskopowo)	25%	–	✓
	461	Jednostronne usunięcie jajnika (również laparoskopowe)	35%	✓	✓
	461	Jednostronne usunięcie jajnika (również laparoskopowe)	35%	✓	✓
	462	Jednostronne usunięcie jajnika i jajowodu (również laparoskopowe)	40%	✓	✓
	463	Obustronne usunięcie jajników (również laparoskopowe)	80%	✓	✓
	464	Usunięcie obu jajników i jajowodów (również laparoskopowe)	80%	✓	✓
	465	Szycie jajnika	20%	✓	✓
	466	Przemieszczenie jajnika/reimplantacja (również laparoskopowe)	25%	–	✓
	467	Plastyka jajowodu/jajnika	30%	✓	✓
	468	Operacja naprawcza – umocowanie jajnika	30%	✓	✓
	469	Usunięcie zrostów jajnikowo-jajowodowych (również laparoskopowe)	20%	–	✓
	470	Otwarcie „na tępo" ropnia jajowodowo-jajnikowego	20%	✓	✓
	471	Całkowite jednostronne wycięcie jajowodu	30%	✓	✓
	472	Całkowite obustronne wycięcie jajowodów	50%	✓	✓
	473	Szycie jajowodu	20%	✓	✓
	474	Częściowe wycięcie jajowodu	30%	–	✓
	475	Operacja wykonywana na jajowodach – inna niż określone w pkt 469-474 (zespolenie, przywrócenie drożności, wszczepienie do macicy)	30%	✓	✓
	476	Wycięcie chirurgiczne zmiany lub tkanki szyjki macicy	30%	–	✓
	477	Wycięcie szyjki macicy z równoczesną plastyką pochwy	40%	–	✓
	478	Szycie rozdarcia szyjki macicy	20%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NARZĄDACH UKŁADU MOCZOWEGO I PŁCIOWEGO	480	Usunięcie chirurgiczne mięśniaka/mięśniaków macicy	30%	–	✓
	481	Niecałkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (w tym laparoskopowe nadszyjkowe usunięcie macicy LSH i LASH, klasyczne śródpowięziowe usunięcie macicy CISH)	40%	✓	✓
	482	Całkowite wycięcie macicy drogą brzuszną (proste i poszerzone)	50%	✓	✓
	483	Wycięcie macicy drogą pochwową (w tym laparoskopowe)	40%	✓	✓
	484	Radykalne wycięcie macicy drogą brzuszną (operacja Wertheima)	60%	–	✓
	485	Radykalne wycięcie macicy drogą pochwową	50%	–	✓
	486	Wytrzewienie miednicy małej	100%	✓	✓
	487	Zabieg podwieszenia macicy (wszystkie rodzaje)	25%	–	✓
	488	Szycie rozdarcia macicy	30%	✓	✓
	489	Zamknięcie przetoki macicy	30%	✓	✓
	490	Usunięcie penetrującego ciała obcego z szyjki macicy	20%	✓	✓
	491	Nakłucie zagłębienia odbytniczo macicznego (zatoki Douglasa)	10%	✓	✓
	492	Nacięcie zagłębienia odbytniczo-macicznego	20%	✓	✓
	493	Drenaż krwiaka pochwy	10%	✓	✓
	494	Wycięcie zmiany z zagłębienia odbytniczo-macicznego (zatoki Douglasa)	30%	–	✓
	495	Wycięcie chirurgiczne zmiany pochwy	20%	–	✓
	496	Zamknięcie światła pochwy	15%	✓	✓
	497	Całkowite wycięcie pochwy	30%	✓	✓
	498	Plastyka pochwy – przednia i/lub tylna	30%	–	✓
	499	Odtworzenie pochwy	40%	✓	✓
	500	Szycie rozdarcia pochwy	10%	✓	✓
	501	Operacja przetoki pochwowo-jelitowej i innej	40%	✓	✓
	502	Plastyka pochwy i krocza	20%	✓	✓
	503	Marsupializacja torbieli gruczołu Bartholina	15%	–	✓
	504	Wycięcie chirurgiczne torbieli gruczołu Bartholina	20%	–	✓
	505	Amputacja łechtaczki	20%	✓	✓
	506	Radykalne wycięcie sromu	60%	–	✓
	507	Inny niż określony w pkt 506 zabieg wycięcia sromu (w tym proste wycięcie)	30%	✓	✓
	508	Szycie pęknięcia sromu lub krocza	20%	✓	✓
	509	Operacja przetoki sromu lub krocza	30%	✓	✓
OPERACIE KRĘGOSŁUPA	510	Wycięcie krążka międzykręgowego – Usunięcie operacyjne przepukliny jądra miażdżystego na każdym poziomie	30%	✓	✓
	511	Spondylodeza (usztywnienie kręgosłupa) szczytowo-obrotowa – czaszkowo-szyjna, C1-C2, potyliczno-C2 z dojścia przedniego, tylnego lub przez jamę ustną	100%	✓	✓
	512	Spondylodeza szyjna z dostępu przedniego	80%	✓	✓
	513	Spondylodeza szyjna z dostępu tylnego	80%	✓	✓
	514	Spondylodeza piersiowa/piersiowo-lędźwiowa z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	515	Spondylodeza piersiowa/piersiowo-lędźwiowa z dostępu tylnego	100%	✓	✓
	516	Spondylodeza lędźwiowa/lędźwiowo-krzyżowa z dostępu przedniego	100%	✓	✓
	517	Spondylodeza lędźwiowa/lędźwiowo-krzyżowa wyrostków poprzecznych z dostępu bocznego	60%	✓	✓
	518	Spondylodeza lędźwiowa/lędźwiowo-krzyżowa z dostępu tylnego (w tym PLIF, TLIF)	80%	✓	✓
	519	Wertebroplastyka (maksymalnie 10%, niezależnie od liczby kręgów)	10%	–	✓
	520	Kyfoplastyka (maksymalnie 15%, niezależnie od liczby kręgów)	15%	–	✓
	521	Wprowadzenie urządzenia łączącego trzony kręgów (maksymalnie 15%, niezależnie od liczby kręgów)	15%	–	✓
	522	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 50%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku szyjnym	50%	–	✓
	523	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 60%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku piersiowym	60%	–	✓
	524	Wymiana krążka międzykręgowego – wszczepienie sztucznego dysku (maksymalnie 50%, niezależnie od liczby krążków) – w odcinku lędźwiowo-krzyżowym	50%	–	✓
	525	Operacja rewizyjna lub wymiana protezy krążka – każda lokalizacja (maksymalnie 40%, niezależnie od liczby krążków)	40%	–	✓
	526	Operacja złamania kręgu – nastawienie złamania, podniesienie fragmentu kości	100%	✓	✓
	527	Operacja złamania kręgu – usunięcie fragmentu kostnego z kanału kręgowego	100%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W ZAKRESIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO	528	Przecięcie mięśnia/ścięgna/powięzi ręki	10%	✓	✓
	529	Uwolnienie zrostów ręki	10%	–	✓
	530	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi ręki	15%	✓	✓
	531	Operacja na mięśniu/ścięgnie/rozcięgnie dłoniowym – eksploracja pochewki ścięgnistej, nacięcie, drenaż	10%	✓	✓
	532	Operacja na mięśniu/ścięgnie/rozcięgnie dłoniowym – wycięcie zmiany lub tkanek miękkich ręki	20%	–	✓
	533	Przeszczep mięśnia, ścięgna ręki	30%	–	✓
	534	Rekonstrukcja kciuka	50%	✓	✓
	535	Operacja plastyczna ręki – przeszczep mięśni/powięzi	40%	–	✓
	536	Nacięcie mięśni/ścięgien/powięzi/kaletki (eksploracja pochewki ścięgna) z wyjątkiem ręki	10%	✓	✓
	537	Wycięcie zmiany mięśnia/ścięgna/powięzi/kaletki	20%	–	✓
	538	Inne wycięcie w zakresie mięśnia/ścięgna/powięzi/kaletki	20%	–	✓
	539	Szycie mięśnia/ścięgna/powięzi/rozcięgna z wyjątkiem ręki (w tym zeszycie ścięgna Achillesa)	20%	✓	✓
	540	Rekonstrukcja mięśnia/ścięgna (w tym wydłużenie, skrócenie, przemieszczenie, przeszczep, powtórne przytwierdzenie)	30%	✓	✓
	541	Operacja plastyczna w zakresie mięśnia/ścięgna/powięzi	25%	–	✓
	542	Uwolnienie zrostów mięśni/ścięgien/powięzi/kaletki	10%	–	✓
	543	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny górnej	50%	✓	✓
	544	Rekonstrukcja pierwotna wielotkankowych uszkodzeń kończyny dolnej	50%	✓	✓
ZABIEGI NA NACZYNIACH	545	Nacięcie naczynia (embolektomia, trombektomia) – każda lokalizacja naczynia	20%	✓	✓
	546	Szycie naczynia krwionośnego (tętnicy, żyły)	25%	✓	✓
	547	Chirurgiczne wycięcie naczynia tętniczego – każda lokalizacja	50%	–	✓
	548	Chirurgiczne wycięcie naczynia żylnego – każda lokalizacja	30%	–	✓
	549	Wycięcie naczynia tętniczego z zespoleniem – każda lokalizacja	70%	✓	✓
	550	Wycięcie naczynia żylnego z zespoleniem – każda lokalizacja	30%	✓	✓
	551	Wycięcie naczynia tętniczego ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	60%	✓	✓
	552	Wycięcie naczynia żylnego ze wstawką naczynia – każda lokalizacja	40%	✓	✓
	553	Naprawa naczynia krwionośnego żylnego (łatką)	25%	–	✓
	554	Naprawa naczynia krwionośnego tętniczego (łatką)/plastyka	40%	–	✓
	555	Wycięcie tętniaka z zespoleniem – aorty, naczyń wewnątrzczaszkowych	90%	–	✓
	556	Wycięcie tętniaka z zespoleniem – inna lokalizacja niż określone w pkt 555	70%	–	✓
	557	Klipsowanie tętniaka	30%	–	✓
	558	Inny niż określony w pkt 557 zabieg naprawczy tętniaka (w tym podwiązanie, zeszycie, klejenie, embolizacja)	30%	–	✓
	559	Podwiązanie i wycięcie żylaków żył kończyny dolnej	20%	–	✓
	560	Podwiązanie i wycięcie żylaków naczyń wewnątrzczaszkowych/głowy i szyi	40%	–	✓
	561	Podwiązanie i wycięcie żylaków – inna lokalizacja (z wyjątkiem przełyku)	30%	–	✓
	562	Wprowadzenie/usunięcie filtra żyły głównej/podwiązanie żyły głównej	30%	–	✓
	563	Chirurgiczne zamknięcie dużego naczynia (zaklemowanie, rozdzielenie, podwiązanie, zamknięcie, okluzja)	20%	✓	✓
	564	Pomost naczyniowy tętniczy: pomost aorta – t. podobojczykowa – t. szyjna wspólna, pomost aortalno-biodrowy, biodrowo-udowy, aortalno-trzewny	80%	✓	✓
	565	Tętnicze zespolenie systemowo-płucne	80%	–	✓
	566	Zewnątrzczaszkowy – wewnątrzczaszkowy pomost naczyniowy	60%	✓	✓
	567	Zespolenie naczyniowe tętnicze klatki piersiowej, wewnątrzbrzuszne	60%	–	✓
	568	Zespolenie lub pomost naczyniowy obwodowy – inne niż określone w pkt 564-567	40%	✓	✓
	569	Śródbrzuszne zespolenie żylne	50%	–	✓
	570	Wewnątrznaczyniowy zabieg naprawczy aorty brzusznej – wszczepienie stentu do aorty lub tętniaka (również stent aortalno-udowy)	80%	✓	✓
	571	Wszczep wewnątrznaczyniowy w obrębie aorty piersiowej	100%	✓	✓
	572	Wszczepienie stentu(ów) do tętnicy obwodowej	30%	✓	✓
	573	Wytworzenie/rewizja przetoki tętniczo-żylnej dla dializy	20%	✓	✓
	574	Usunięcie przetoki tętniczo-żylnej dla dializy	10%	–	✓
	575	Rewizja po zabiegach naczyniowych – inna niż określone w pkt 573	30%	–	✓
	576	Angioplastyka lub aterektomia naczynia innego niż wieńcowe – przezskórna angioplastyka (PTA) tętnicy	20%	–	✓
	577	Angioplastyka lub aterektomia naczynia innego niż wieńcowe – przezskórna angioplastyka (PTA) żylna	20%	–	✓
	578	Naprawcza operacja wewnątrznaczyniowa w obrębie głowy i szyi	40%	–	✓
	579	Wewnątrznaczyniowe usunięcie przeszkody w świetle naczynia – embolektomia, trombektomia, udrożnienie mechaniczne, laserowe	20%	–	✓
	580	Operacja kłębka szyjnego/innych kłębków naczyniowych	30%	–	✓
	581	Opanowanie chirurgiczne krwotoku pooperacyjnego	25%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI NA NACZYNIACH	582	Radykalne (poszerzone, doszczętne) wycięcie węzłów chłonnych	30%	–	✓
	583	Zabieg operacyjny w zakresie przewodu piersiowego	30%	–	✓
	584	Podwiązanie obwodowych naczyń chłonnych	15%	–	✓
	585	Rekonstrukcja/zabieg naprawczy obwodowych naczyń chłonnych	30%	–	✓
ZABIEGI W OBRĘBIE KOŚCI I STAWÓW	586	Częściowe wycięcie żuchwy (hemimandibulektomia, subtotalna resekcja żuchwy)	50%	–	✓
	587	Całkowite wycięcie żuchwy	100%	–	✓
	588	Połowicze wycięcie szczęki (z przeszczepem kostnym lub protezą)	60%	–	✓
	589	Całkowite usunięcie innej kości twarzy z jednoczasową rekonstrukcją chirurgiczną lub protetyczną (w tym szczęki)	70%	–	✓
	590	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30%	–	✓
	591	Plastyka gałęzi/trzonu żuchwy/osteoplastyka szczęki (z wyjątkiem plastyki bródki)	30%	✓	✓
	592	Zabieg naprawczy w zakresie innych kości twarzy/zabieg ortognotyczny/osteoplastyka wielu kości	50%	✓	✓
	593	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	30%	✓	✓
	594	Otwarte nastawienie złamania szczęki	30%	✓	✓
	595	Otwarte nastawienie złamania żuchwy	30%	✓	✓
	596	Otwarte nastawienie złamania zębodołu	30%	✓	✓
	597	Otwarte nastawienie kości twarzy – inne niż określone w pkt 593-596 (w tym oczodołu/z osteosyntezą)	60%	✓	✓
	598	Otwarte nastawienie zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	50%	✓	✓
	599	Przeszczep kostny kości twarzy	10%	–	✓
	600	Wycięcie martwaka – każda lokalizacja (łącznie za wszystkie)	20%	✓	✓
	601	Osteotomia klinowa – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek łącznie), kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	50%	–	✓
	602	Osteotomia klinowa – kości nadgarstka/śródręcza (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	603	Osteotomia klinowa – rzepka	30%	–	✓
	604	Osteotomia klinowa – kości stępu/kości śródstopia (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	605	Osteotomia klinowa – inne kości (miednica, kręgi) – łącznie za wszystkie	50%	–	✓
	606	Osteotomia klinowa – paliczki palców stopy/ręki (łącznie za wszystkie)	20%	–	✓
	607	Wycięcie kaletki z korekcją palucha koślawego i/lub zniekształceń innych palców	20%	–	✓
	608	Miejscowe wycięcie zmiany lub tkanki kości (każda lokalizacja)	10%	–	✓
	609	Częściowe wycięcie kości, w tym do przeszczepu (każda lokalizacja)	10%	–	✓
	610	Całkowite wycięcie kości (z wyjątkiem paliczków)	20%	–	✓
	611	Całkowite wycięcie paliczków dłoni (maksymalnie 10 % w każdej dłoni, niezależnie od liczby paliczków)	10%	–	✓
	612	Całkowite wycięcie paliczków stopy (maksymalnie 10 % w każdej stopie, niezależnie od liczby paliczków)	10%	–	✓
	613	Przeszczep kostny z banku kości, autogenny, heterogenny, wszczep wzmocniony, wszczep materiałów kościoza-stępczych (każda lokalizacja)	20%	–	✓
	614	Wprowadzenie/usunięcie wypełniacza przestrzeni kostnych (łącznie za wszystkie)	10%	–	✓
	615	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie kości śródręcza, nadgarstka, śródstopia lub stępu	30%	✓	✓
	616	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie paliczków (maksymalnie 30 % w każdej kończynie, niezależnie od liczby paliczków)	30%	✓	✓
	617	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości w zakresie kręgów (niezależnie od liczby kręgów)	30%	✓	✓
	618	Założenie/wymiana zewnętrznego stabilizatora kości, każda lokalizacja inna niż wymienione w pkt 615-617	30%	✓	✓
	619	Usunięcie zewnętrznego stabilizatora kości (stabilizator inwazyjny, zespolenie przezskórne, implant mechaniczny) – każda lokalizacja	10%	✓	✓
	620	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – łopatka, obojczyk, klatka piersiowa (żebra i mostek łącznie), kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	50%	–	✓
	621	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS)– kości nadgarstka/śródręcza/paliczki ręki – łącznie za wszystkie	20%	✓	✓
	622	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu(wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – rzepka	20%	✓	✓
	623	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu (wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS)– kości stępu/kości śródstopia/paliczki stopy – łącznie za wszystkie	20%	✓	✓
	624	Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu(wyłącznie chirurgiczny, bez uwzględnienia czynników wzrostu GPS) – miednica, kręgi (łącznie za wszystkie)	50%	✓	✓
	625	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości – łopatka, obojczyk, mostek, kość ramienna, promieniowa, łokciowa, udowa, piszczelowa, strzałkowa	20%	✓	✓
	626	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości śródręcza, nadgarstka, śródstopia, stępu, paliczków, żeber – łącznie za wszystkie	20%	–	✓
	627	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości – miednica, kręgi – łącznie za wszystkie	40%	–	✓
	628	Inny niż określone w pkt 620-624 zabieg naprawczy kości – z plastyką/rekonstrukcją kości (łącznie za wszystkie)	40%	–	✓
	629	Profilaktyczna stabilizacja wewnętrzna kości, bez nastawienia złamania – każda lokalizacja	20%	✓	✓
	630	Powtórne wprowadzenie/wymiana wewnętrznego stabilizatora	20%	✓	✓
	631	Usunięcie zespolenia wewnętrznego (każda lokalizacja)	25%	✓	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
ZABIEGI W OBRĘBIE KOŚCI I STAWÓW	632	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość ramienna	50%	✓	✓
	633	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość promieniowa/łokciowa	40%	✓	✓
	634	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości nadgarstka/kości śródręcza	20%	✓	✓
	635	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki ręki	20%	✓	✓
	636	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość udowa	50%	✓	✓
	637	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40%	✓	✓
	638	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – kości stępu/kości śródstopia	30%	✓	✓
	639	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – paliczki (stopy)	10%	✓	✓
	640	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – obojczyk	20%	✓	✓
	641	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – miednica (łącznie za wszystkie)	60%	✓	✓
	642	Zamknięte nastawienie złamania ze stabilizacją wewnętrzną – rzepka	20%	✓	✓
	643	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość ramienna	50%	✓	✓
	644	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość promieniowa/łokciowa	40%	✓	✓
	645	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości nadgarstka/kości śródręcza	20%	✓	✓
	646	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki ręki	20%	✓	✓
	647	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość udowa	50%	✓	✓
	648	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kość piszczelowa/kość strzałkowa	40%	✓	✓
	649	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – kości stępu/kości śródstopia	30%	✓	✓
	650	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – paliczki stopy	10%	✓	✓
	651	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – obojczyk	20%	✓	✓
	652	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – miednica (łącznie za wszystkie)	80%	✓	✓
	653	Otwarte nastawienie złamania z wewnętrzną stabilizacją – rzepka	20%	✓	✓
	654	Zamknięte nastawienie oddzielonej nasady kości ze stabilizacją – każda lokalizacja	20%	✓	✓
	655	Otwarte nastawienie oddzielonej nasady kości ze stabilizacją – każda lokalizacja	30%	✓	✓
	656	Opracowanie chirurgiczne otwartego złamania – wszystkie lokalizacje	10%	–	✓
	657	Zamknięte nastawienie zwichnięcia	10%	✓	✓
	658	Otwarte nastawienie zwichnięcia	20%	✓	✓
ZABIEGI NAPRAWCZE W ZAKRESIE STAWÓW KOŃCZYN	659	Artroskopia stawów – kolanowego, barkowego, nadgarstka, stopy (nacięcie/wycięcie struktur stawu)	20%	–	✓
	660	Artroskopia (nacięcie/wycięcie struktur stawu) – inne stawy niż określone w pkt 659	15%	–	✓
	661	Artrotomia, Artrostomia (nacięcie struktur stawu – każda lokalizacja)	10%	–	✓
	662	Zabieg chirurgiczny w zakresie tkanek miękkich narządu ruchu – przecięcie (uwolnienie) torebki stawowej/ścięgna/więzadła/chrząstki	10%	–	✓
	663	Korekcja operacyjna ciężkich deformacji stopy	30%	–	✓
	664	Synowiektomia chirurgiczna w zakresie śródręcza, nadgarstka, śródstopia lub stępu	10%	–	✓
	665	Synowiektomia chirurgiczna w zakresie paliczków (maksymalnie 10 % w każdej kończynie, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
	666	Synowiektomia chirurgiczna w zakresie kręgów (niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
	667	Synowiektomia chirurgiczna, każda lokalizacja inna niż wymienione w pkt 664-666	10%	–	✓
	668	Operacja otwarta stawu biodrowego	50%	✓	✓
	669	Operacja rewizyjna w obrębie stawu biodrowego (otwarta)	70%	✓	✓
	670	Operacja otwarta stawu kolanowego	50%	✓	✓
	671	Operacja rewizyjna stawu kolanowego (otwarta)	70%	✓	✓
	672	Wycięcie operacyjne łękotki kolana (częściowe, całkowite)	20%	✓	✓
	673	Szycie łękotki/Operacja naprawcza łękotki	25%	–	✓
	674	Przeszczep łękotki	30%	–	✓
	675	Plastyka więzadłowa kolana (five-in-one) – również artroskopowa	40%	✓	✓
	676	Plastyka niestabilności przednio-przyśrodkowej kolana z uszkodzeniem łękotki – również artroskopowa	30%	✓	✓
	677	Plastyka niestabilności rzepki – również artroskopowa	30%	✓	✓
	678	Plastyka więzadeł krzyżowych kolana – również artroskopowa	10%	✓	✓
	679	Rekonstrukcja więzadeł krzyżowych kolana – również artroskopowa	30%	✓	✓
	680	Plastyka/rekonstrukcja więzadeł pobocznych kolana – również artroskopowa	15%	✓	✓
	681	Plastyka stawu kolanowego – osteotomia/plastyka troczków rzepki – również artroskopowa	30%	✓	✓
	682	Plastyka stawu skokowego – osteotomia/usztywnienie – również artroskopowa	50%	✓	✓
	683	Wymiana dużego stawu kończyny – biodrowego, kolanowego, barkowego, łokciowy, skokowego, nadgarstka – endoprotezoplastyka całkowita/częściowa/operacja rewizyjna	50%	✓	✓
	684	Wymiana stawów stopy (w tym stawów palców, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
	685	Wymiana stawów dłoni (w tym stawów palców, niezależnie od liczby stawów)	10%	–	✓
	686	Szycie torebki stawowej/więzadeł kończyny górnej	15%	✓	✓
	687	Szycie torebki stawowej/więzadeł stawów stępu/stopy	10%	✓	✓
	688	Szycie torebki stawowej/więzadeł kończyny dolnej – inne niż określony w pkt 687	10%	✓	✓
	689	Plastyka stawu skroniowo-żuchwowego	30%	–	✓

		Zabieg operacyjny	Wysokość świadczenia jako % Sumy ubezpieczenia	Dostępne dla Umowy dodatkowej:	
				LOP	LOPR
AMPUTACJE W ZAKRESIE KOŃCZYN	690	Amputacja kończyny górnej	40%	✓	✓
	691	Amputacja i wyłuszczenie palca ręki w stawie	10%	✓	✓
	692	Amputacja i wyłuszczenie kciuka w stawie	20%	✓	✓
	693	Amputacja w zakresie ręki	30%	✓	✓
	694	Wyłuszczenie nadgarstka	30%	✓	✓
	695	Amputacja w zakresie przedramienia	30%	✓	✓
	696	Wyłuszczenie w stawie łokciowym	40%	✓	✓
	697	Amputacja w zakresie ramienia	40%	✓	✓
	698	Wyłuszczenie w stawie barkowym	40%	✓	✓
	699	Amputacja kończyny górnej z odjęciem łopatki	50%	✓	✓
	700	Amputacja kończyn dolnej – nieokreślona inaczej	50%	✓	✓
	701	Amputacja palca stopy	10%	✓	✓
	702	Amputacja w zakresie stopy	30%	✓	✓
	703	Wyłuszczenie w stawie skokowym	30%	✓	✓
	704	Inna niż określone w pkt 701 i 702 amputacja poniżej kolana	40%	✓	✓
	705	Wyłuszczenie w stawie kolanowym	50%	✓	✓
	706	Amputacja powyżej kolana	50%	✓	✓
	707	Wyłuszczenie w stawie biodrowym	60%	✓	✓
	708	Brzuszno-miedniczne odjęcie kończyny dolnej	80%	✓	✓
	709	Replantacja kończyny	100%	✓	✓
	710	Rewizja kikuta po amputacji (w tym powtórna amputacja kikuta)	10%	✓	✓
	711	Wszczep lub dopasowanie protezy kończyny	10%	✓	✓
	712	Replantacja w zakresie kończyny z wyjątkiem palców	50%	–	✓
	713	Replantacja palca dłoni lub stopy	10%	–	✓

Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (kod produktu: UNZS – wariant standardowy, UNZP – wariant progresywny)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3) – § 3 ust. 3 pkt 1)-2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3) – § 3 ust. 4 pkt 5) – § 6 ust. 1 – Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4 pkt 1)-4) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3) – § 3 ust. 4 pkt 6) – § 3 ust. 4 pkt 7) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1) – § 3 ust. 5 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej i definicji z § 2 pkt 5)
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – trwały uszczerbek na zdrowiu wskutek wypadku (kod produktu: UNZS – wariant standardowy, UNZP – wariant progresywny)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy w razie wypadku, którego następstwem jest trwałe uszkodzenie ciała.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach i Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku, a także wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Przeciążenie** – wykonanie nagłego ruchu lub podniesienie nadmiernego ciężaru, wywołujące skutek, który nakładając się na istniejące wcześniej u Ubezpieczonego zmiany zwyrodnieniowe może doprowadzić do wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu;
2) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną na podstawie niniejszej umowy dodatkowej.
3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem wypadku; trwały uszczerbek na zdrowiu Allianz ustala na podstawie dokumentacji medycznej.
4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek wypadku.
5) **Wyczynowe lub zawodowe uprawianie dyscyplin sportowych** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach kondycyjnych lub szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków lub organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu.
6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu, będącego następstwem wypadku, który to wypadek wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej są następstwa wypadków, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu, określone na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach.

Dzięki tej umowie dodatkowej otrzymasz wsparcie finansowe w sytuacji, gdy doznasz wypadku, w wyniku którego utracisz sprawność.

2.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta w jednym z dwóch wariantów różniących się sposobem ustalania wysokości świadczenia:
a) w wariancie standardowym, w którym świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim trwałym uszczerbkom na zdrowiu wymienionym w „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku", jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty wypadku, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów.
b) w wariancie progresywnym, w którym świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim trwałym uszczerbkom na zdrowiu wymienionym w „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku", jeżeli trwały uszczerbek na zdrowiu ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) w okresie 6 miesięcy od daty wypadku, z zachowaniem postanowień poniższych ustępów; gdzie wysokość ww. świadczenia jest wynikiem przemnożenia procentu sumy ubezpieczenia przypisanego danemu trwałemu uszczerbkowi na zdrowiu przez odpowiedni dla ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu mnożnik, który wynosi:
   1) 1 – dla trwałych uszczerbków na zdrowiu mieszczących się w przedziale do 10% włącznie,
   2) 4 – dla trwałych uszczerbków na zdrowiu przewyższających 10%.

Jeżeli zgłosisz zdarzenie np. z tytułu utraty jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej, któremu w „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" został przypisany uszczerbek na zdrowiu w wysokości 30%, wówczas w zależności od wariantu ubezpieczenia, który wybrałeś Twoje świadczenie wyniesie 30% sumy ubezpieczenia (wariant standardowy) lub 120% sumy ubezpieczenia (wariant progresywny).

Jeżeli zaś zgłosisz zdarzenie np. z tytułu utraty całego palucha, któremu w „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" został przypisany uszczerbek na zdrowiu w wysokości 10%, wówczas niezależnie od wariantu ubezpieczenia świadczenie wyniesie 10% sumy ubezpieczenia.

3.
1) Orzeczenie wartości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu jest dokonywane przez lekarza uprawnionego na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji zgodnie z „Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku", obowiązującą w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, doręczoną Ubezpieczającemu wraz z dokumentami ubezpieczenia i stanowiącą załącznik do o.w.u.
2) W razie zgłoszenia roszczenia, Allianz zastrzega sobie możliwość poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Allianz lekarza w zakresie i o częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w zdaniu pierwszym działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych

przez Allianz, na koszt Allianz. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, w tym do oceny orzeczenia lekarza uprawnionego o stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu w zakresie zgodności z zasadami orzekania wynikającymi z niniejszych o.w.u.

3) Allianz określa jako bezsporną tę część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wartości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
4) Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
5) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza uprawnionego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

Zapoznaj się z „Tabelą oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku" oraz Suplementem do tej tabeli – są one integralną częścią niniejszej umowy dodatkowej.

4.

1) Niezależnie od liczby wypadków w czasie trwania ochrony świadczonej przez Allianz w danym roku polisowym suma orzeczonych trwałych uszczerbków na zdrowiu nie może przekroczyć 100%.
2) Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane do maksymalnie 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3) Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
4) Jeżeli Ubezpieczony zmarł, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze uprawnieni, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
5) Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
6) W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza uprawnionego mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
7) Jeżeli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zdarzeniem, i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.

5.

Ograniczenia odpowiedzialności

1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
   c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
   d) 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,
   e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
   f) wyczynowego lub zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych,
   g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
   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 zalecone przez lekarza,
   j) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
   k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
   l) chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
   m) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   n) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.
2) Odpowiedzialność Allianz nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii lub nerwic.
3) Niezależnie od wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w punktach powyżej Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności jeżeli wypadek, będący przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego ochroną, był bezpośrednim wynikiem wykonywania przez osobę objętą ubezpieczeniem jednego z poniżej wymienionych zawodów lub czynności związanych z pracą zarobkową o następującym charakterze: prace na wysokościach powyżej 7 metrów, prace pod ziemią, prace pod napięciem powyżej 220 V, prace z materiałami wybuchowymi lub toksycznymi, prace przy wyrębie drzew lub prace fizyczne w tartaku, ratownictwo górskie, ochrona osób i mienia z użyciem broni palnej, służby mundurowe z wyłączeniem pracowników biurowych, strażak, kaskader, akrobata, hodowca/opiekun/treser drapieżnych zwierząt, nurek.
4) Rozmiar doznanych krzywd, cierpień lub bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia, ani nie wpływa na wysokość świadczenia Allianz.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć przy zawieraniu umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 66 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących

po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.
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.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.
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.

7.
W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.
1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.
Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy ubezpieczenia. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.
Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego,
c) opis okoliczności wypadku,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ustalenie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.
Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem że z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 225/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Warunki umowy dodatkowej – renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego (kod produktu: DWR2)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1) – § 6 ust. 1 – § 6 ust. 4 pkt 1)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 4 – § 6 ust. 4 pkt 1) – 2) – § 8 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – renta miesięczna w razie śmierci Ubezpieczonego (kod produktu: DWR2)

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie w ramkach dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa, która zapewni regularne wsparcie finansowe Twoim bliskim na wypadek, gdyby Ciebie zabrakło.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej z wypłatą renty miesięcznej w razie śmierci Ubezpieczonego (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej, może zostać zawarta odrębna umowa dodatkowa ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie śmierci Ubezpieczonego.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Okres wypłaty renty** – czas trwania wypłaty renty, rozpoczynający się w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, którego długość wskazana jest w polisie lub aneksie do polisy.
2) **Renta** – świadczenie wypłacane przez Allianz miesięcznie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Wysokość renty oraz okres wypłaty renty określone są w umowie.
3) **Termin wypłaty renty** – dzień każdego miesiąca w okresie wypłaty renty, odpowiadający dniowi wskazanemu w polisie lub aneksie do polisy jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a gdyby takiego dnia nie było – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego.
4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia z wypłatą renty miesięcznej w razie śmierci Ubezpieczonego.
5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, którym jest śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.
W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej renty, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4. Renta wypłacana jest w okresie wypłaty renty na zasadach określonych w § 6.

3.
Ograniczenia odpowiedzialności
Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy dodatkowej,
b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach.

4.
W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający i Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?
§ 4.

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.
1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie oświadczenia przez Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt),
   c) 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.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem lub w trakcie trwania umowy głównej.

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 81 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

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 71 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki należnej za tą umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami § 7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości oraz okresu wypłaty renty, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie renty z tytułu Umowy dodatkowej, zależnych od wieku Ubezpieczonego. Składka ochronna może być podwyższona przez Allianz, w stosunku do obowiązujących taryf, w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:
a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiany przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego,
e) miejsce pobytu Ubezpieczonego.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej.
Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2).
Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji renty na zasadach określonych w § 13 o.w.u., przy czym ilekroć mowa o indeksacji sum ubezpieczenia z umów dodatkowych, ma to zastosowanie do indeksacji renty.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?

§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, wymienione w § 22 ust. 2 pkt 3) o.w.u.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci rentę Uposażonemu lub Uposażonym z tytułu umowy dodatkowej wskazanym przez Ubezpieczonego. Zasady dotyczące wskazania Uposażonego oraz wypłaty świadczenia określone w o.w.u., mają odpowiednie zastosowanie do umowy dodatkowej, z wyjątkiem zapisów dotyczących umowy na rachunek dwóch Ubezpieczonych.

3.

1) Pierwsza renta wypłacona zostanie po upływie 30 dni od otrzymania przez Allianz zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Kolejne renty płatne będą w comiesięcznym terminie wypłaty renty.
2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty renty okazało się niemożliwe, początek wypłaty renty nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże początek wypłaty bezspornej części renty nastąpi w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzenia.
3) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszająca roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
4) W razie podjęcia decyzji o wypłacie renty Allianz wypłaci również zaległe renty z tytułu niniejszej umowy dodatkowej należne za okres od dnia śmierci Ubezpieczonego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.
5) Jeżeli renta 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 renty. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

4.

1) W okresie wypłaty renty Allianz może zażądać, nie częściej niż raz w roku polisowym, by osoba otrzymująca rentę doręczyła Allianz swoje oświadczenia potwierdzające fakt pozostawania przy życiu w formie pisemnej lub z podpisem poświadczonym notarialnie, sporządzone po dacie otrzymania żądania Allianz.
2) Nie wywiązanie się z obowiązku, o którym mowa w pkt 1), może spowodować wstrzymanie przez Allianz wypłaty renty do czasu wyjaśnienia czy nie doszło do zgonu osoby otrzymującej rentę.
3) W okresie wypłaty renty Allianz jest uprawniony do potwierdzania w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ faktu pozostawania przy życiu lub zgonu osoby uprawnionej z tytułu umowy dodatkowej do otrzymywania renty.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości lub okresu wypłaty renty?
§ 8.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości renty lub długości okresu wypłaty renty z tytułu umowy dodatkowej.
2) Do zmiany wysokości renty lub okresu wypłaty renty nie może dojść po rozpoczęciu jej wypłacania przez Allianz.
3) Z prawa do podwyższenia wysokości renty lub wydłużenia okresu wypłaty renty można skorzystać pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie wysokości renty lub wydłużenie okresu wypłaty renty nie przekroczy 71 lat oraz pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka, a także poddania się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz (z wyłączeniem badań genetycznych) – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.
4) Z prawa do obniżenia wysokości renty lub skrócenia okresu wypłaty renty można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

Od początku trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć rentę lub wydłużyć okres jej wypłaty, a po 12 miesiącach od jej zawarcia możesz skorzystać z prawa do obniżenia renty lub skrócenia okresu jej wypłaty.

2.

Do podwyższenia wysokości renty lub wydłużenia okresu wypłaty renty dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie wysokości renty lub wydłużenie okresu wypłaty renty oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 3), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia wysokości renty lub wydłużenia okresu wypłaty renty Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono rentę lub części świadczenia za okres, o który wydłużono okres wypłaty renty, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie podwyższenie wysokości renty lub wydłużenie okresu wypłaty renty, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 226/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka (kod produktu: TERD)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 – § 6 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	Nie dotyczy
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 2 z uwzględnieniem zapisów ogólnych warunkach 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – ubezpieczenie na życie dziecka (kod produktu: TERD)

Umowa, która stanowi podstawę do tego, by móc rozszerzać ochronę Twojego dziecka o inne umowy dodatkowe.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową).

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego dziecka nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
2) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego życie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na życie dziecka.
4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, którym jest śmierć Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego dziecka.

2.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej polega na wypłacie w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej w wysokości 100 zł.

Zawarcie tej umowy dodatkowej umożliwia rozszerzanie zakresu ochrony Twojego dziecka.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?
§ 4.

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.
Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania, pod warunkiem wyrażenia przez Allianz zgody.

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

3.
1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy podstawowej,
   c) do dnia śmierci Ubezpieczonego dziecka.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.
Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.
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.

7.
W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

9.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 2 pkt 1) umowy podstawowej.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

3.

Wysokość składki ochronnej przez cały okres ubezpieczenia jest stała. Kwota składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego dziecka zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności, do których należą:

a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego Dziecka,
c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, Allianz wypłaci sumę ubezpieczenia członkom rodziny Ubezpieczonego dziecka według następującej kolejności:

a) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego dziecka,
b) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego dziecka, jeśli brak rodziców,
c) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego dziecka, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W razie rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 8.

1.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 9.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 227/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz	Krzysztof Szypuła	Radosław Kamiński
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek	Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka
(kod produktu: DZD)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 pkt 1) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 5) – § 6 ust. 1-3 – Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań dzieci, w zakresie oznaczonym w definicjach literą A z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt. 2)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 2 pkt 2)-4) – § 3 ust. 3 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 4 – § 4 ust. 5 – § 7 ust. 2 – § 8 ust. 3-4 – Załącznik nr 1 – Katalog poważnych zachorowań dzieci, w zakresie oznaczonym w definicjach literą B.
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – poważne zachorowania dziecka (kod produktu: DZD)

Umowa, która zapewnia wsparcie finansowe w razie wystąpienia u Twojego dziecka poważnych chorób lub zabiegów operacyjnych z listy 17 najczęstszych zachorowań i operacji występujących u dzieci.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Zapoznaj się również z tabelą stanowiącą załącznik do niniejszych warunków, w której znajdziesz listę chorób i zabiegów operacyjnych, których dotyczy umowa.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku na wypadek zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
3) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania dziecka.
5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, potwierdzone jednoznacznie w dokumentacji lekarskiej, polegające na zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego dziecka chorób lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w Katalogu poważnych zachorowań, stanowiącym Załącznik do niniejszych warunków.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego dziecka.

2.
1) Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie Ubezpieczonemu dziecku sumy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia, pod warunkiem że Ubezpieczone dziecko pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia.
2) Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu umowy dodatkowej nie jest:
   a) choroba wymieniona w Katalogu poważnych zachorowań jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej;
   b) zabieg operacyjny wymieniony w Katalogu poważnych zachorowań jeżeli choroba będąca przyczyną przeprowadzenia zabiegu została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.
3) Z tytułu umowy dodatkowej Ubezpieczonemu dziecku przysługuje tylko jedno świadczenie z powodu tego samego poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka (tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego). Odpowiedzialność Allianz z tytułu kolejnych poważnych zachorowań dotyczy tylko sytuacji, w której kolejne poważne zachorowania, zgodnie z wiedzą medyczną, nie wynikają z poważnego zachorowania, za które wypłacono świadczenie oraz nie stanowią tej samej jednostki chorobowej lub tego samego zabiegu operacyjnego, za które wypłacono świadczenie.
4) Skorzystanie z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 8, nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

Dzięki tej umowie dodatkowej w razie poważnego zachorowania dziecka wypłacimy Ci pieniądze, które będzie można przeznaczyć na leczenie i opiekę nad nim.

3.
Ograniczenia odpowiedzialności

1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
   c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,

d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
e) uprawiania przez Ubezpieczone dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego dziecka,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli poważne zachorowanie związane jest z wadami wrodzonymi, zdiagnozowanymi w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia Ubezpieczonego dziecka.

4.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

W katalogu zachorowań dzieci, który stanowi załącznik do tej umowy dodatkowej, sprawdzisz w razie wystąpienia jakiej choroby Allianz wypłaci świadczenie.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

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

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?

§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, z uwzględnieniem ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.
Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
b) kompletna dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka, w tym wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie było następstwem wypadku,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
W razie zajścia zdarzenia Ubezpieczone dziecko powinno poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.
W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego dziecka obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez lekarza uprawnionego – w zakresie i częstotliwości uzasadnionej względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Allianz. Wymienione w niniejszym ustępie działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

1.
W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy podstawowej, wskazane w § 8 o.w.u.

2.
Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 90 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązania, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.
1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.
Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.
Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni od daty podwyższenia sumy ubezpieczenia.

4.
W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,

- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.

Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

1. 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.
2. 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.

3.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 228/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik
do warunków umowy dodatkowej
– poważne zachorowania dziecka

Katalog poważnych zachorowań dzieci		
UKŁAD NERWOWY		
1.	Bakteryjne zapalenie opon mózgowo – rdzeniowych	A. Ostra choroba ośrodkowego układu nerwowego, spowodowana wniknięciem bakterii do opon mózgowo-rdzeniowych, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych 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 i jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
2.	Łagodny guz rdzenia	A. Niezłośliwa histologicznie zmiana guzowata w obrębie rdzenia (w tym rdzenia przedłużonego), zlokalizowana wewnątrztwardówkowo, potwierdzona badaniem tomografii komputerowej mózgu (KT) lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR), wymagająca przeprowadzenia zabiegu operacyjnego z dostępu przez laminektomię z dostępu przedniego lub podpotylicznego, a w przypadku jej zaniechania powodująca trwały ubytek neurologiczny. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – nowotworów złośliwych, – torbieli, – ziarniniaków, – ropni, – krwiaków, – malformacji naczyniowych, – guzów zewnątrzoponowych, – guzów zlokalizowanych w obrębie kręgów, – wypadnięcia krążka międzykręgowego, – zmian zwyrodnieniowych, – gruźlicy, – urazów kręgosłupa.
3.	Łagodny guz śródczaszkowy	A. Niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną trwałych ubytków neurologicznych. B. Zakres ochrony nie obejmuje: – torbieli, – ziarniniaków, – malformacji śródczaszkowych, – guzów przysadki, – guzów rdzenia.
4.	Paraliż	A. Całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem w obrębie centralnego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), powstała w przebiegu choroby lub wypadku. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie porażenia utrwalone o nasileniu 0 -1 w skali Lovetta, stwierdzone na podstawie badania lekarza specjalisty neurologa po upływie co najmniej 6 miesięcy od wystąpienia porażenia lub ocenione przez lekarza uprawnionego Allianz. B. Zakres ochrony nie obejmuje niedowładów kończyn określonych jako stopień 2, 3 lub 4 w skali Lovetta.
5.	Zapalenie mózgu	A. Ostra choroba zapalna mózgu, wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, prowadząca do uszkodzenia struktur mózgu i powstania trwałego ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego. B. Zakres ochrony nie obejmuje zapalenia mózgu ze współistniejącą infekcją HIV.
CHOROBY NARZĄDOWE, NOWOTWORY		
1.	Cukrzyca	A. Cukrzyca nabyta insulinozależna, o etiologii autoimmunologicznej, trwającą co najmniej trzy miesiące.
2.	Dystrofia mięśniowa	A. Dystrofia mięśniowa typu Duchenne'a. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej.
3.	Krańcowa niewydolność nerek	A. Stan przewlekłej niewydolności nerek wymagający ze wskazań życiowych przewlekłego leczenia dializami lub przeszczepu nerki.

4.	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 jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony z tytułu umowy dodatkowej. 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 2 w klasyfikacji TNM).
5.	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. Zakresem ochrony objęta jest wyłącznie posocznica o ciężkim przebiegu, wyrażonym występowaniem ostrych zaburzeń funkcjonowania narządów wewnętrznych, wymagająca leczenia na OIOM. Zakres ochrony obejmuje posocznicę wskutek urazu lub powikłanego zabiegu operacyjnego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone w dokumentacji medycznej z leczenia szpitalnego.
6.	Przeszczep	A. Przeszczep Ubezpieczonemu dziecku jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. B. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepu narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub klonowania narządów ludzkich.
7.	Schyłkowa niewydolność wątroby	A. Występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności miąższu wątroby będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne. Objawy, których łączne i jednoczesne występowanie jest konieczne do uznania roszczenia: a) żółtaczka; b) narastanie wodobrzusza; c) zaburzenia krzepnięcia krwi; d) encefalopatia wątrobowa. B. Zakres ochrony nie obejmuje niewydolności wątroby powstałej na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekami, środkami chemicznymi.
8.	Śpiączka	A. Stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, 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 ubytku neurologicznego. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie 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, innych środków chemicznych, – stanu śpiączki wywołanego lub przedłużanego sztucznie w celach terapeutycznych.
INNE URAZOWE/CHOROBOWE		
1.	Całkowita utrata mowy	A. Całkowita, nieodwracalna utrata zdolności mowy, 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, powstała wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa lub neurologa. B. Zakres ochrony nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi.
2.	Całkowita utrata słuchu	A. Całkowita, nieodwracalna i niemożliwa do skorygowania żadną metodą leczenia utrata słuchu w obu uszach wskutek choroby lub urazu, trwająca nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę otolaryngologa wraz z badaniem audiometrycznym.
3.	Całkowita 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) wskutek choroby lub urazu. O utrwalonym charakterze utraty wzroku orzeka lekarz specjalista okulista po upływie co najmniej 6 miesięcy od jej wystąpienia.
4.	Oparzenia skóry	A. Głębokie oparzenia skóry wymagające leczenia w warunkach hospitalizacji. 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.

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka
(kod produktu: DPS)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 2 pkt. 6) – § 3 ust. 2 pkt 1)-2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1)-3) – § 6 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 2 pkt 3) – § 3 ust. 4 – § 3 ust. 5 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – § 3 ust. 6 – § 8 ust. 3-4
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 2, 4 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – pobyt w szpitalu dziecka (kod produktu: DPS)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy w kwocie za każdy dzień pobytu w szpitalu, niezależnie od tego czy Twoje dziecko znajdzie się tam w wyniku wypadku czy też wskutek choroby.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

1.
Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczone dziecko przebywało w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
3) **Świadczenie dzienne** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.
4) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pobytu w szpitalu dziecka.
6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten wystąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego dziecka.

2.
1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie dzienne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej:
   a) 4 dni – gdy był spowodowany chorobą;
   b) 1 dzień – gdy był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczone dziecko w następstwie wypadku,

   przy czym maksymalna wysokość świadczenia Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości świadczenia dziennego za 180 dni pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
2) Jeżeli pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie 180 dni, Allianz wypłaci świadczenie w podwójnej wysokości w stosunku do ustalonego świadczenia dziennego dla niniejszej umowy dodatkowej.
3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 1) i 2) powyżej, a świadczenie dzienne za te dni nie przysługuje.

Z tą umową dodatkową możesz liczyć na wsparcie finansowe w razie pobytu Twojego dziecka w szpitalu w wyniku wypadku lub zachorowania. Kwota, jaką otrzymasz będzie iloczynem stawki dziennego świadczenia i liczby dni pobytu w szpitalu.

3.
W przypadku gdy pobyt w szpitalu przekracza 30 dni i trwa nadal, Ubezpieczone dziecko może złożyć wniosek o wypłatę świadczenia za co najmniej 30 dni pobytu w szpitalu, zachowując prawo do żądania dalszej części świadczenia. Zasadę, o której mowa w zdaniu poprzednim, uprawniającą do otrzymania części świadczenia, stosuje się do każdego kolejnego co najmniej 30-dniowego okresu pobytu w szpitalu.

4.
Jeżeli w tym samym dniu Ubezpieczone dziecko było pacjentem więcej niż jednego szpitala, przy ustaleniu wysokości świadczenia ten dzień uwzględnia się tylko jeden raz.

5.
Ograniczenia odpowiedzialności

1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
   a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,

c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
e) uprawiania przez Ubezpieczone dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego dziecka,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności jeżeli pobyt w szpitalu związany był z:
a) wadami wrodzonymi lub schorzeniami związanymi z wadami wrodzonymi Ubezpieczonego dziecka,
b) przeprowadzeniem zabiegu chirurgii plastycznej lub kosmetycznej u Ubezpieczonego dziecka, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowej,
c) niezastosowaniem się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia medycznego, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia,
d) rehabilitacją Ubezpieczonego dziecka niezależnie od charakteru placówki, w którym leczenie to było prowadzone.

6.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?

§ 4.

1.

Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.

1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

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

3.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty wskazanej w polisie lub aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za tą umowę dodatkową. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy lub aneksu do polisy.

6.

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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6) umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.
Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.
Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości świadczenia dziennego, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego z uwzględnieniem ograniczonego okresu ochrony, o którym mowa w § 4 ust. 5, § 7 ust. 2 i w § 8 ust. 3.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.
Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
b) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli powodem hospitalizacji był wypadek,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.
W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

1.
W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

2.
Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 30 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wznowienia.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany wysokości świadczenia dziennego?
§ 8.

1.
1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany wysokości świadczenia dziennego z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia świadczenia dziennego można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej, pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
3) Z prawa do obniżenia świadczenia dziennego można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć wysokość świadczenia dziennego, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia świadczenia dziennego.

2.
Do podwyższenia świadczenia dziennego dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.
Ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty podwyższenia świadczenia dziennego.
W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia podwyższenia świadczenia dziennego.

4.
W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia świadczenia dziennego Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono świadczenie dzienne, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie świadczenia dziennego, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji.

Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 229/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka (kod produktu: DUN)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 – § 6 ust. 1 – Tabela powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiąca Załącznik nr 1 do niniejszych warunków z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1)-5), 7), 10)-12), 14), 16) – Tabela zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku, stanowiąca Załącznik nr 2 do niniejszych warunków z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 3- 4 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej oraz z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 7), 10), 13) – § 3 ust. 5 – § 8 ust. 3
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 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 – § 8 ust. 2 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka (kod produktu: DUN)

Umowa, która zapewnia wypłatę pieniędzy w razie, gdyby Twoje dziecko w wyniku wypadku musiało być poddane operacji lub doznało trwałego uszkodzenia ciała.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka może zostać zawarta na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy podstawowej. Na rachunek każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa dodatkowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach i Tabeli powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz Tabeli zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku, a także wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczone dziecko przebywało w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
2) **Oparzenie** – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego), z wyłączeniem oparzeń słonecznych; rozległość i głębokość oparzeń (stopień oparzeń) oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera).
3) **Oparzenia dróg oddechowych** – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobytem w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 dni pobytu w szpitalu.
4) **Rana cięta i szarpana** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub skóry i położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.
5) **Rana miażdżona** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiażdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
6) **Suma ubezpieczenia** – określona w umowie kwota, będąca podstawą do obliczania wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną niniejszą umową dodatkową.
7) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem na terytorium kraju należącego do Unii Europejskiej lub na terytorium: Australii, Islandii, Japonii, Kanady, Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Stanów Zjednoczonych Ameryki Północnej, Szwajcarii, Watykanu, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za szpital w rozumieniu niniejszych warunków umowy dodatkowej nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
8) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w umowie dodatkowej.
9) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych wskutek wypadku dziecka.
10) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem wypadku; uszczerbek na zdrowiu Allianz ustala na podstawie dokumentacji medycznej.
11) **Utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek wypadku.
12) **Wstrząśnienie mózgu** – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu wskutek urazu, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepamięcią wsteczną, rozpoznane przez lekarza pogotowia lub izby przyjęć.
13) **Zabieg operacyjny** – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia skutków wypadku u Ubezpieczonego dziecka określonych w dokumentacji medycznej.
14) **Zaopatrzenie chirurgiczne** – opracowanie chirurgiczne rany rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych.
15) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu lub przebyciu przez Ubezpieczone dziecko zabiegu operacyjnego, będących następstwami wypadku, który wystąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
16) **Złamanie** – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej oraz kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej są następstwa wypadków, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu lub przebyciu zabiegu operacyjnego przez Ubezpieczone dziecko, określone na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach.

Dzięki tej umowie dodatkowej otrzymasz wsparcie finansowe w sytuacji, gdy Twoje dziecko dozna wypadku, w wyniku którego utraci sprawność lub będzie konieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego.

2.
Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

3.
1) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim uszczerbkom na zdrowiu wymienionym w Tabeli powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych warunków, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w roku polisowym.
2) Świadczenie z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w kwocie stanowiącej procent sumy ubezpieczenia przypisany odpowiednim zabiegom operacyjnym wymienionym w Tabeli zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku (stanowiącej Załącznik nr 2 do niniejszych warunków), maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w roku polisowym, przy czym:
   a) świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przez minimum 3 dni pobytu w szpitalu w związku z przebytym zabiegiem operacyjnym,
   b) świadczenie wypłacane jest za zabieg operacyjny, któremu przypisany jest najwyższy procent sumy ubezpieczenia jeżeli w wyniku jednego wypadku zostanie wykonany więcej niż jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu.

Zapoznaj się z Tabelą oceny powypadkowego uszczerbku na zdrowiu i Tabelą zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku stanowiącymi załączniki 1 i 2 do niniejszych warunków.

4.
Ograniczenia odpowiedzialności
Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia będącego wynikiem:
a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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 Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierowało zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
d) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
e) uprawiania przez Ubezpieczone dziecko następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
f) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
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 Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
i) zatrucia Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
k) chorób somatycznych Ubezpieczonego dziecka, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek,
l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego dziecka w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
m) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

5.
W ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową i jakie kroki są z tym związane?
§ 4.

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w § 5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.
1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania.
2) Allianz wyraża zgodę na zawarcie umowy dodatkowej pod warunkiem spełnienia wszystkich niżej wymienionych wymagań:
   a) złożenie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
   b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć przy zawieraniu umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania. Jest to umowa pięcioletnia, która może być przedłużana na kolejne okresy.

3.
1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 5 lat z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
2) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego pięcioletniego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.
3) Jeżeli pierwsza umowa dodatkowa zawierana jest poza rocznicą polisy wówczas trwa ona krócej niż 5 lat tj. od dnia rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej do upływu czterech kolejno następujących po najbliższej rocznicy polisy okresów rocznych ubezpieczenia. Po upływie pierwszej umowy dodatkowej kolejne umowy dodatkowe ulegają przedłużeniu na pięcioletnie okresy ubezpieczenia na zasadach wskazanych w pkt 2).

4.
Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej za umowę dodatkową.

6.
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.

7.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

8.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 pkt 1) i 2) oraz w ust. 6 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3 pkt 1) i 2), w ust. 6 oraz w ust. 8, z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 5.

1.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z umowy ubezpieczenia. Obowiązek opłacania składki ochronnej trwa do końca okresu ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.

2.

Wysokość składki ochronnej z tytułu umowy dodatkowej ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, według taryf obowiązujących w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy dodatkowej lub wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

3.

Z zastrzeżeniem ust. 4 i ust. 5 oraz postanowień § 8 ust. 2, wysokość składki ochronnej w poszczególnych okresach trwania kolejnych umów dodatkowych jest stała. Kwota składki z tytułu umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki ochronnej w kolejnej umowie dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed upływem okresu na jaki zawarta jest bieżąca umowa dodatkowa doręczy Ubezpieczającemu propozycję zmiany składki ochronnej w następnej umowie dodatkowej. Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed datą rozpoczęcia kolejnej umowy dodatkowej pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki ochronnej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki ochronnej w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny pięcioletni okres ubezpieczenia i wysokość składki ochronnej zaproponowaną przez Allianz.

5.

Składka ochronna może ulec zmianie w rocznicę polisy w wyniku indeksacji sumy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 13 o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 6.

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczeń i wysokości świadczenia, do których należą:

a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia/przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka,
b) kompletna dokumentacja medyczna z przebiegu leczenia i rehabilitacji Ubezpieczonego dziecka,
c) opis okoliczności wypadku,
d) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia,
f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ustalenie wystąpienia uszczerbku na zdrowiu lub zasadność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.

3.

W razie uznania przez Allianz roszczenia z tytułu umowy dodatkowej i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym dziecku.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:

a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązana, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Kiedy i na jakich warunkach można dokonać zmiany sumy ubezpieczenia?
§ 8.

1.

1) Ubezpieczającemu, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do zmiany sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.
2) Z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia można skorzystać w trakcie trwania umowy dodatkowej pod warunkiem złożenia przez Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego oświadczenia i informacji o stanie zdrowia, wskazanych przez Allianz oraz doręczenia na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji (w tym medycznej) niezbędnej do oceny ryzyka.
3) Z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia można skorzystać nie wcześniej niż po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej.

W każdej chwili trwania umowy dodatkowej możesz podwyższyć jej sumę ubezpieczenia, a po 12 miesiącach od rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowej możesz skorzystać z prawa do obniżenia sumy ubezpieczenia.

2.

Do podwyższenia sumy ubezpieczenia dochodzi na warunkach i za zgodą Allianz (po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z ust. 1 pkt 2), o ile Ubezpieczający zaakceptuje nową wysokość składki ochronnej przedstawionej przez Allianz.

3.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia sumy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczone dziecko lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie

sumy ubezpieczenia, a zajście zdarzenia było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 9.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 10.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 230/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik nr 1
do warunków umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Tabela powypadkowego uszczerbku na zdrowiu

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Uszkodzenia głowy		
1)	Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
2)	Złamania podstawy czaszki	15
3)	Złamania nosa	5
4)	Złamania szczęki lub żuchwy	10
5)	Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
6)	Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
7)	Amputacja nosa w całości	30
8)	Amputacja skrzydełka nosa	10
9)	Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
10)	Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy		
1)	Porażenie połowicze utrwalone	100
2)	Całkowita utrata mowy	100
3. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu		
1)	Utrata wzroku w jednym oku	30
2)	Utrata wzroku w obu oczach	100
3)	Utrata słuchu w jednym uchu	30
4)	Obustronna utrata słuchu	60
4. Uszkodzenia klatki piersiowej		
1)	Złamanie mostka	3
2)	Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
3)	Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5. Uszkodzenia kręgosłupa		
1)	Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
2)	Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 — Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
3)	Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 — L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6. Uszkodzenia rdzenia		
1)	Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
2)	Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
3)	Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7. Uszkodzenia miednicy		
1)	Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
2)	Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
3)	Złamania panewki stawu biodrowego	10
8. Uszkodzenia kończyn górnych		
1)	Złamania łopatki	4
2)	Złamania obojczyka	4
3)	Amputacja kończyny w stawie ramienno-łopatkowym	70
4)	Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
5)	Złamanie trzonu kości ramiennej	10
6)	Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
7)	Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
8)	Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
9)	Amputacja w stawie łokciowym	60
10)	Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
11)	Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
12)	Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
13)	Złamania nadgarstka	5
14)	Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
15)	Złamania pojedynczej kości śródręcza	3
16)	Złamania kości śródręcza – trzech lub więcej	8
17)	Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	Złamania kciuka	3
20)	Amputacja fragmentu opuszka palca	1
21)	Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	Amputacja trzech paliczków	10
24)	Złamania palca wskazującego	3
25)	Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29)	Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
9. Uszkodzenia kończyn dolnych		
1)	Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	Amputacja kończyny dolnej przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	Amputacja obu kończyn dolnych przez wyłuszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	Złamania kości udowej	15
5)	Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	Złamania kości stępu	4
13)	Złamania kości śródstopia	2
14)	Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	Amputacja stopy w całości	35
19)	Amputacja obu stóp	70
20)	Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	Amputacja całego palucha	8
22)	Złamania palucha	2
23)	Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
10. Rana cięta, szarpana lub miażdżona		
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
11. Wstrząśnienie mózgu		4
12. Oparzenia		
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10

Załącznik nr 2
do warunków umowy dodatkowej – uszczerbek na zdrowiu oraz zabiegi operacyjne wskutek wypadku dziecka

Tabela zabiegów operacyjnych przeprowadzanych w wyniku wypadku

Rodzaj zabiegu operacyjnego		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1. Zabieg operacyjny oka		
1)	Usunięcie gałki ocznej	50
2)	Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	30
3)	Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	10
2. Zabieg operacyjny nosa		
1)	Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	10
3. Zabieg operacyjny czaszki		
1)	Trepanacja czaszki	20
2)	Operacyjne leczenie złamań szczęki	60
3)	Operacyjne leczenie złamań żuchwy	40
4)	Leczenie złamań podstawy czaszki	60
4. Zabieg operacyjny w obrębie klatki piersiowej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Płuc	80
2)	Przełyku	80
3)	Żeber	10
4)	Mostka	20
5. Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Żołądka: resekcja	50
2)	Żołądka: zeszycie	20
3)	Jelita: resekcja	40
4)	Jelita: zeszycie	20
5)	Wątroby	40
6)	Dróg żółciowych zewnątrz wątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	80
7)	Trzustki	50
8)	Śledziony – usunięcie całkowite	40
9)	Śledziony – zeszycie	20
10)	Usunięcie nerki	50
11)	Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	20
6. Zabieg operacyjny w obrębie miednicy – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:		
1)	Cewki moczowej	40
2)	Pęcherza	40
3)	Jądra	20
7. Operacyjne leczenie złamań kości		
1)	Kręgosłupa	80
2)	Obręczy barkowej	40
3)	Miednicy	50
4)	Ramienia	20
5)	Przedramienia	15
6)	Uda	25
7)	Podudzia	20
8)	Obojczyka	10
9)	Śródstopia	10
10)	Stępu	10
11)	Nadgarstka	10
12)	Śródręcza	10
13)	Rzepki	10
14)	Łąkotki	10

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Assistance
(kod produktu: ASSR)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 1-3 z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1), 3), 12), 13) – § 6 ust. 1-4 z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1) – Załącznik do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1)-10) oraz pkt 12)-13) i z wyłączeniem treści zapisów zamieszczonych pomiędzy pkt 7 ppkt b, a pkt 7 ppkt c
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 3 ust. 4 z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1) – § 4 z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1) i definicji pojęć zamieszczonych w ogólnych warunkach umowy podstawowej – zapisy zamieszczone pomiędzy pkt 7 ppkt b, a pkt 7 ppkt c w Załączniku do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance z uwzględnieniem definicji z § 2, pkt 1) – wysokości limitów na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w Załączniku do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	– § 5 ust. 9 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
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki umowy dodatkowej – Allianz Assistance (kod produktu: ASSR)

Umowa dodawana do umowy terminowej lub bezterminowej na życie zapewniająca całodobowy dostęp do pomocy w trudnych sytuacjach.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnej umowy ubezpieczenia na życie Plan na dziś i jutro (zwanej dalej umową podstawową) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej Allianz Assistance (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Na rachunek każdego z Ubezpieczonych objętych ochroną z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie, zawierana jest odrębna umowa dodatkowa Allianz Assistance. W ramach umowy dodatkowej zawartej na rzecz danego Ubezpieczonego, jego Współmałżonek/Partner i Dziecko mogą korzystać z usług Assistance.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy podstawowej, zwane dalej o.w.u. Wszelkie postanowienia o.w.u. dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Współmałżonka/Partnera i Dziecka.

Z pomocy w ramach jednej umowy Assistance możesz korzystać nie tylko Ty ale również współmałżonek lub partner oraz dzieci.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:
1) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance sp. z o.o. – przedstawiciel Allianz świadczący usługi.
2) **Choroba przewlekła:** choroba charakteryzująca się powolnym rozwojem lub długookresowym przebiegiem, jeśli:
   a) zdiagnozowano ją przed zawarciem umowy dodatkowej
   lub
   b) z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej.
3) **Dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego lub Współmałżonka/Partnera, które nie ukończyło 25. roku życia.
4) **Lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego.
5) **Miejsce pobytu Ubezpieczonego** – miejsce na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, w którym znajduje się w danym momencie osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance.
6) **Placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.
7) **Poronienie** – przedwczesne zakończenie ciąży trwającej krócej niż 20 tygodni.
8) **Sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie.
9) **Osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca wspólnie z Ubezpieczonym lub Współmałżonkiem/Partnerem, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki.
10) **Transport medyczny** – zalecony przez lekarza transport z miejsca pobytu do placówki medycznej, z placówki medycznej do miejsca zamieszkania lub pomiędzy placówkami medycznymi, który stosownie do zaleceń lekarza jest realizowany odpowiednim dla stanu zdrowia osoby transportowanej, wymaganym środkiem transportu; za transport medyczny nie uważa się transportów na wizyty kontrolne związane z kontynuacją leczenia oraz dojazdów do poradni rehabilitacyjnej.
11) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa Allianz Assistance.
12) **Współmałżonek/Partner** – osoba pozostająca z Ubezpieczonym w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia:
   a) w związku małżeńskim – w przypadku Współmałżonka,
   b) w związku nieformalnym – w przypadku Partnera.
13) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, powstałe w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, polegające na:
   a) wystąpieniu u Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka choroby,
   b) doznaniu przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecko obrażeń ciała będących następstwem wypadku,
   c) pogorszenia się stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera lub Dziecka w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych, wymienionych w rozdziale III Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej,
   d) urodzeniu dziecka przez Ubezpieczonego lub odpowiednio Współmałżonka/Partnera.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w § 2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?
§ 3.

1.
Allianz świadczy usługi Assistance:
1) Ubezpieczonemu,
2) Współmałżonkowi/Partnerowi,
3) Dziecku/Dzieciom.

2.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest organizacja i pokrycie kosztów usług Assistance wymienionych i zdefiniowanych w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, świadczonych za pośrednictwem Centrum Operacyjnego w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.
Limity kosztów, określonych w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, Współmałżonka/Partnera, każdego Dziecka. W trakcie trwania odpowiedzialności Allianz z tytułu danej umowy dodatkowej limity, określone w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, mogą być wykorzystywane wielokrotnie, o ile odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

4.
Jeżeli usługa przekroczy limit kosztów określony w Załączniku do niniejszych warunków umowy dodatkowej, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile osoba wymieniona w § 3 ust. 1, wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem. W przypadku objęcia ochroną z tytułu kilku umów dodatkowych limity sumują się.

Usługi organizacji i pokrycia kosztów pomocy świadczone są do pewnych limitów. Limity te są ustalone osobno dla każdej osoby i mogą być wykorzystywane wielokrotnie, jeśli odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

Kiedy Allianz może odmówić wypłaty świadczenia?
§ 4.

1.

Allianz nie odpowiada za zdarzenia ubezpieczeniowe wynikłe z:

1) działania osoby wymienionej w § 3 ust. 1 pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków przepisanych przez lekarza lecz użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia, choroby będącej następstwem spożywania alkoholu;
2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania osoby wymienionej w § 3 ust. 1 na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w rozruchach lub zamieszkach albo strajkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału osoby wymienionej w § 3 ust. 1 w aktach terroru;
3) próby samobójstwa, śmierci w wyniku samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
4) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa.

2.

Zakres usług Assistance dodatkowo nie obejmuje:

1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem rozdziału I pkt 13 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej;
2) kosztów poniesionych przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4;
3) kosztów zakupu leków (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Allianz nie ponosi również odpowiedzialności za braki w asortymencie);
5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
   a) leczenia sanatoryjnego, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
   b) leczenia eksperymentalnego, o niepotwierdzonej naukowo i medycznie skuteczności i bezpieczeństwie,
   c) leczenia stomatologicznego bez względu na to czy jest wykonywane przez lekarza stomatologa, czy chirurga twarzowo-szczękowego,
   d) wad wrodzonych,
   e) następstw wypadków powstałych lub chorób zdiagnozowanych po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
   f) epidemii lub pandemii ogłoszonych przez odpowiednie organy administracji państwowej,
   g) leczenia, które jest wynikiem wycieków promieniotwórczych, zanieczyszczeń lub skażeń chemicznych lub radioaktywnych, spalania paliwa jądrowego, azbestozy, działania materiałów nuklearnych,
   h) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
   i) uprawiania przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górska lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
   j) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
   k) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
   l) zdarzeń powstałych w wyniku złamania zakazów i regulacji rządowych (w tym wymogów wizowych),
   m) poddania się przez osobę wymienioną w § 3 ust. 1 leczeniu nieuznanemu w sposób naukowy lub medyczny,
   n) chorób przenoszonych drogą płciową, AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
   o) chorób przewlekłych.

Kiedy i na jaki czas można zawrzeć umowę dodatkową?
§ 5.

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na rzecz danego Ubezpieczonego wraz z zawarciem umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie tego Ubezpieczonego.

Umowa Assistance jest zawierana na rok wraz z umową dodatkową na życie i może być przedłużana na kolejne roczne okresy.

2.

1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem pkt 3), nie dłużej jednak niż:
   a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 100 lat,
   b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie,
   c) do dnia śmierci Ubezpieczonego.
2) 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.
3) 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 pkt 2).

3.

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 71 lat.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy.

5.

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.

6.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 6, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał. Za datę odstąpienia od umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

7.

1. Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 2 pkt 1) i 2) oraz w ust. 5 umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Prawo do wypowiedzenia umowy dodatkowej przysługuje Ubezpieczającemu w każdym czasie. Umowa dodatkowa ulega wówczas rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
2. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z zapisami §7 ust. 3 pkt 1) umowy podstawowej.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 2 pkt 1) i 2), w ust. 5 oraz ust., z zastrzeżeniem że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

9.

Składka ochronna z tytułu umowy dodatkowej pobierana jest w ramach opłaty polisowej z umowy podstawowej.

W jaki sposób zgłosić potrzebę skorzystania z pomocy?
§ 6.

1.
W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance, osoba wymieniona w § 3 ust. 1 powinna, przed podjęciem działań we własnym zakresie, skontaktować się z Centrum Operacyjnym. Centrum Operacyjne czynne jest całą dobę.

2.
Osoba kontaktująca się z Centrum Operacyjnym powinna podać następujące informacje:
1) imię i nazwisko;
2) adres zamieszkania;
3) numer polisy;
4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
6) inne informacje, o które poprosi pracownik Centrum Operacyjnego, konieczne do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług Assistance.

3.
Osoba zgłaszająca konieczność skorzystania z usług Assistance zobowiązana jest na wniosek Centrum Operacyjnego dostarczyć wskazane przez pracownika Centrum Operacyjnego dokumenty, niezbędne do prawidłowego ustalenia zasadności realizacji usług Assistance, na podstawie których przeprowadzane jest postępowanie dotyczące:
a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
c) wysokości świadczenia,
d) sposobu przekazania świadczenia.

Listę świadczeń oraz limity, do których wykonywane są usługi znajdziesz w Załączniku do niniejszych warunków.

4.
W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek siły wyższej osoba wymieniona w § 3 ust. 1 nie mogła skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sama pokryła koszty usług, o których mowa w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej, Allianz zwraca tej osobie poniesione przez nią koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu 14 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego uprawniającego do usług Assistance i udokumentowania faktu poniesienia tych kosztów. Allianz zwraca koszty jedynie do wysokości limitów wskazanych w rozdziale I pkt 2, 3, 4, 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej.

5.
Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 4, rozumie się:
1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 2 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę zaistnienia potrzeby transportu do odpowiedniej placówki medycznej;
2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 3 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę wypisu ze szpitala albo datę wizyty w przychodni lub gabinecie medycznym;
3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 4 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
4) w przypadku świadczenia, o którym mowa w rozdziale I pkt 5 i 6 Załącznika do niniejszych warunków umowy dodatkowej – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

Jakie są warunki wznowienia umowy dodatkowej?
§ 7.

W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod łącznie spełnionymi następującymi warunkami:
a) umowa ubezpieczenia podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz,
b) spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w § 8 o.w.u.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 8.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:
- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.
Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.
Odpowiedź na reklamację 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.
Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.
Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

Postanowienia końcowe
§ 9.

1.
Przy wykonywaniu umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.
1. 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.
2. 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.

3.
Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

4.
Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 231/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz Prezes Zarządu	Krzysztof Szypuła Wiceprezes Zarządu	Radosław Kamiński Wiceprezes Zarządu
Zbigniew Świątek Wiceprezes Zarządu	Jerzy Visan Wiceprezes Zarządu	

Załącznik
do warunków umowy dodatkowej – Allianz Assistance

	Usługi Assistance:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
I.	UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI / PARTNEROWI LUB DZIECKU W RAZIE WYSTĄPIENIA CHOROBY LUB WYPADKU	
1.	Dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza	
W sytuacji gdy osoba wymieniona w tytule rozdziału I w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków zaordynowanych przez lekarza.		250 zł
2.	Transport medyczny z osobą bliską z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej	
	Transport jest organizowany do placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego lub lekarza Centrum Operacyjnego w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu osoby wymienionej w tytule rozdziału I w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa poniżej lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się i jednocześnie nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa poniżej; wszelkie zgłoszenia wymagające pilnej interwencji medycznej, za które 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) poważne urazy; d) nagłe wystąpienie: drgawek (również w przebiegu wysokiej temperatury), porażeń i niedowładów; e) ciężką reakcję anafilaktyczną na ukąszenia, leki lub środki spożywcze, traktowane są jako stany zagrożenia życia i winny być zgłaszane bezpośrednio do Pogotowia Ratunkowego.	1500 zł
3.	Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania	
	Transport jest organizowany w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I przebywa w placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1500 zł
4.	Transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej	
	Transport jest organizowany w przypadku gdy placówka medyczna, w której przebywa osoba wymieniona w tytule rozdziału I nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy ta osoba skierowana jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej; transport jest organizowany, gdy: a) w wyniku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego stan zdrowia tej osoby utrudnia samodzielne poruszanie się lub b) stan zdrowia tej osoby nie pozwala na samodzielne poruszanie się.	1500 zł
5.	Organizacja procesu rehabilitacyjnego	
	Proces rehabilitacyjny jest organizowany jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Allianz zapewnia:	
a)	zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu osoby korzystającej z rehabilitacji, albo	700 zł
b)	zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej.	700 zł
6.	Organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego	
	Usługa jest organizowana jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego osoba wymieniona w tytule rozdziału I zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinna używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu; Allianz:	
a)	organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu osoby, dla której wypożyczono lub zakupiono sprzęt rehabilitacyjny;	500 zł
b)	pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego;	700 zł
c)	zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny.	bez limitu
7.	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	
	W sytuacji gdy Ubezpieczony lub Współmałżonek/ Partner przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie następujących kosztów opieki nad osobami niesamodzielnymi lub dziećmi:	
a)	przewozu dzieci pod opieką osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);	200 zł
b)	przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe pierwszej klasy lub autobusowe);	200 zł
Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7 ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki; w przypadku gdy Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia pod wskazanym przez osobę zgłaszającą roszczenie adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt 7) ppkt a) lub b), Allianz:		
c)	zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu ich zamieszkania do wysokości podanej obok w tabeli za każdy dzień i maksymalnie do 5 dni; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;	150 zł/dzień
usługi, o których mowa w pkt 7 ppkt a), b) i c), są realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/ Partnera i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu jego zamieszkania nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.		
8.	Opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie ich zachorowania	
	W razie choroby osoby niesamodzielnej lub dziecka, potwierdzonej przez lekarza, Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem lub osobą niesamodzielną. Usługa jest świadczona przez 1 dzień. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego lub Współmałżonka/ Partnera i za jego pisemną zgodą.	200 zł

	Usługi Assistance:	Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
9.	Organizacja prywatnych lekcji	
	W sytuacji gdy dziecko, na podstawie zaświadczenia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej 7 dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania tego dziecka.	400 zł
10.	Organizacja pobytu przedstawiciela ustawowego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka	
	W sytuacji gdy dziecko jest hospitalizowane, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pobytu jednego z opiekunów dziecka w szpitalu, o ile usługa taka jest możliwa do zorganizowania w warunkach szpitalnych, w którym przebywa dziecko lub hotelu przyszpitalnym.	1000 zł
11.	Opieka pielęgniarki po hospitalizacji	
	Jeżeli osoba wymieniona w tytule rozdziału I na skutek wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego była hospitalizowana przez okres dłuższy niż 5 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną, koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania tej osoby przez okres maksymalnie 5 dni.	1500 zł
12.	Pomoc domowa po hospitalizacji	
	Jeżeli osoba wymieniona w tytule rozdziału I jest hospitalizowana przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli osoba ta nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest maksymalnie przez 5 dni.	500 zł
13.	Pomoc medyczna za granicą	
	W razie zajścia zdarzenia poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania osoby wymienionej w tytule rozdziału I Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu tej osoby oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w pkt 2. Allianz pokrywa koszty usług wymienionych w zdaniu poprzednim, z możliwością dwukrotnego skorzystania z usług w roku polisowym.	250 euro
II.	UDZIELENIE POMOCY UBEZPIECZONEMU, WSPÓŁMAŁŻONKOWI/PARTNEROWI LUB DZIECKU W RAZIE WYSTĄPIENIA WYPADKU	
1.	Wizyta lekarska	
	Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału II zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu tej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w rozdziale I pkt 2.	500 zł
2.	Wizyta pielęgniarki	
	Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału II zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu tej osoby, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej, o którym mowa w rozdziale I pkt 2.	500 zł
III.	ŚWIADCZENIA GWARANTOWANE W TRUDNYCH SYTUACJACH LOSOWYCH UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA / PARTNERA LUB DZIECKA	
1.	Pomoc psychologa	
	W trudnych sytuacjach losowych, to jest w razie: a) choroby osoby wymienionej w tytule rozdziału III; b) zgonu dziecka lub urodzenia martwego dziecka; c) poronienia; d) zgonu współmałżonka/ partnera Allianz zapewnia osobie wymienionej w tytule rozdziału III organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu podanego obok w tabeli w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Allianz na prośbę osoby na rzecz której świadczona jest usługa zapewnia również informacje dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.	500 zł
IV.	ZDROWOTNE USŁUGI INFORMACYJNE DLA UBEZPIECZONEGO, WSPÓŁMAŁŻONKA/ PARTNERA LUB DZIECKA	
1.	INFOLINIA MEDYCZNA W ramach Infolinii Medycznej Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o:	
	a) państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie nagłego zachorowania lub wypadku, b) działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami oraz możliwości przyjmowania ich w czasie ciąży, c) placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, d) placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, e) niezbędnych przygotowaniach do zabiegów lub badań medycznych, f) dietach, zdrowym żywieniu, g) domach pomocy społecznej, hospicjach, h) aptekach czynnych przez całą dobę. Informacje, o których mowa w pkt a) – h), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu
2.	INFOLINIA ZDROWE ODŻYWIANIE W ramach Infolinii Zdrowe Odżywianie Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o:	
	a) dietach dla dzieci, dorosłych, osób starszych, kobiet w ciąży, b) diecie bezglutenowej, c) diecie dla cukrzyków, d) diecie dla osób otyłych, e) zasadach zdrowego odżywiania, f) tabelach kalorycznych, tabelach indeksu glikemicznego, g) zapotrzebowaniu organizmu na witaminy lub mikroelementy w razie choroby, h) funkcjach poszczególnych witamin w organizmie, i) danych teleadresowych lekarzy dietetyków. Informacje, o których mowa w pkt a) – i), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu
3.	INFOLINIA BABY ASSISTANCE W ramach Infolinii Baby Assistance Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału IV dostęp do informacji o:	
	a) objawach ciąży; b) badaniach prenatalnych; c) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu; d) szkołach rodzenia; e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie; f) karmieniu noworodka; g) obowiązkowych szczepieniach dzieci; h) pielęgnacji noworodka. Informacje, o których mowa w pkt a) – h), nie mają charakteru diagnostycznego lub leczniczego.	bez limitu

Usługi Assistance:		Łączna wysokość limitu na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe
VI.	POMOC UBEZPIECZONEMU LUB WSPÓŁMAŁŻONKOWI/ PARTNEROWI W PRZYPADKU URODZENIA DZIECKA	
1.	Pomoc położnej lub pielęgniarki w opiece nad nowonarodzonym dzieckiem	
	Allianz gwarantuje osobie wymienionej w tytule rozdziału VI zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów położnej lub pielęgniarki do miejsca zamieszkania osoby na rzecz której świadczona jest usługa w okresie 1 miesiąca po wyjściu matki ze szpitala; Allianz pokrywa koszty wizyt w odniesieniu do każdego nowonarodzonego dziecka; opieka nad dzieckiem nowonarodzonym obejmuje: a) instruktaż oraz porady w zakresie pielęgnacji i prawidłowego żywienia noworodka i niemowlęcia; b) instruktaż oraz porady w zakresie prawidłowego noszenia, przewijania, ubierania noworodka; c) porady w razie problemów z laktacją; d) porady w zakresie prawidłowego odżywiania się przez matkę w okresie połogu; e) edukację w zakresie szczepień ochronnych.	500 zł

Warunki Umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors do Umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: CAR – wariant dla Ubezpieczonego, DCAR – wariant dla dziecka)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER POSTANOWIENIA Z UMOWY DODATKOWEJ ALLIANZ BEST DOCTORS
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	- §2 - § 3 ust. 2, 5, 6 - § 9 A) ust. 1-4 - § 9 B) ust. 1-5 - § 10
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	- § 2 - § 3 ust. 3, 4, 6 - § 4 - § 5 - § 11 ust. 2
Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	- § 7 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
Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Warunki Umowy dodatkowej – Allianz Best Doctors do Umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro (kod produktu: CAR – wariant dla Ubezpieczonego, DCAR – wariant dla dziecka)

Zależy nam na Twojej wygodzie i zadowoleniu z naszego ubezpieczenia dlatego postanowiliśmy ułatwić Ci zrozumienie tekstu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia poprzez wprowadzenie w ramkach dodatkowych komentarzy, w których będziemy zwracać się bezpośrednio do Ciebie – czyli Klienta naszej firmy. Pamiętaj, że nasze komentarze nie stanowią treści Umowy ubezpieczenia, lecz pełnią jedynie rolę dodatkowego wyjaśnienia i dlatego nie zastępują one pełnego tekstu ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa dodatkowa „Allianz Best Doctors" to umowa, dzięki której w przypadku wskazanych w niniejszych warunkach zachorowań, zyskujesz dostęp do specjalistów Lekarzy konsultantów prowadzących praktykę poza Rzeczypospolitą Polską, a koszty leczenia w renomowanych zagranicznych klinikach przestają być przeszkodą.

Czego dotyczy niniejszy dokument?
§ 1.

1.
Niniejsze warunki Umowy dodatkowej stosuje się do indywidualnych umów ubezpieczenia na życie Allianz Plan na dziś i jutro (dalej: Umowa podstawowa) zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. (dalej: Allianz) jako uzupełnienie ochrony świadczonej na podstawie Umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie Ubezpieczonego lub Umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.

2.
Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz Best Doctors (dalej: Umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy.

3.
Umowa dodatkowa może zostać zawarta na rachunek Ubezpieczonego objętego ochroną z tytułu umowy podstawowej lub na rachunek dziecka własnego lub przysposobionego przez Ubezpieczonego. Na rachunek Ubezpieczonego lub każdego dziecka zostaje zawarta odrębna umowa.

4.
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki Umowy podstawowej – Plan na dziś i jutro, zwane dalej o.w.u.

5.
Wszelkie postanowienia o.w.u. oraz niniejszych warunków dotyczące Ubezpieczonego mają odpowiednie zastosowanie do Ubezpieczonego dziecka.

Jakie są definicje pojęć stosowanych w Umowie dodatkowej?
§ 2.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one Umowy dodatkowej, nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., z wyjątkiem poniżej wskazanych definicji:

1) **Best Doctors** – Best Doctors Services S.L.U. (z siedzibą w Hiszpanii, na Calle Almagro Nr 36-1, 28010 Madryt) będący partnerem Allianz, któremu Allianz powierzył prowadzenie obsługi procesu organizacji świadczeń wynikających z Umowy dodatkowej.
2) **BDUI** – BDUI Underwriting International S.L.U., spółka będąca partnerem Allianz, która zapewnia organizację usług/ świadczeń medycznych, w tym: Second Medical Opinion service oraz Medical Concierge service.
3) **Centrum Obsługi Klienta Best Doctors** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe pod numerem infolinii 800–DOKTOR (800 365 867), czynne przez całą dobę 365 dni w roku, za pośrednictwem którego Best Doctors przyjmuje zgłoszenia roszczeń oraz koordynuje realizację świadczeń z tytułu Umowy dodatkowej.
4) **Certyfikat leczenia za granicą** – pisemna zgoda wydana przez BDUI w imieniu Allianz, na pokrycie kosztów leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego we wskazanej Placówce medycznej poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, która została wybrana przez Ubezpieczonego spośród Placówek wskazanych mu przez BDUI.
5) **Dawca** – żywy człowiek, od którego pobiera się komórki, tkanki lub narządy do przeszczepu Ubezpieczonemu.
6) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu związany z realizacją świadczeń objętych ochroną w ramach Umowy dodatkowej niezbędnych z medycznego punktu widzenia, trwający dłużej niż jeden dzień; w rozumieniu niniejszych warunków dzień Hospitalizacji oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w Szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt.
7) **Karencja** – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Allianz Życie z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umów dodatkowych, przez okres w nich wskazany.
8) **leczenie operacyjne** – inwazyjny zabieg chirurgiczny, wykonany w znieczuleniu ogólnym, przewodowym lub miejscowym, przez uprawnionego Lekarza o specjalności zabiegowej, przeprowadzony podczas Hospitalizacji, niezbędny z medycznego punktu widzenia dla poprawy prawidłowej czynności chorego narządu lub organu.
9) **Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie dla lekarza medycyny, formalnie potwierdzone kwalifikacje zgodnie z wymogami prawa państwa, w którym dany Lekarz prowadzi praktykę zawodową, wykonująca zawód w zakresie swoich uprawnień i kwalifikacji.
10) **Lekarz konsultant** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu Lekarza medycyny, praktykująca poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, uznana za wybitnego specjalistę w środowisku medycznym w danej specjalności; Lekarz konsultant dla Ubezpieczonego będzie wskazywany przez Best Doctors, z uwzględnieniem specyfiki Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, specjalności lekarskiej oraz jego doświadczenia.
11) **Leki** – 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 wyłącznie na receptę wystawioną przez Lekarza i wydawane przez licencjonowanego farmaceutę; za Lek uznawany jest także Lek generyczny, tzn. będący zamiennikiem Leku oryginalnego, zawierający te same co Lek oryginalny składniki aktywne, siłę i dawkowanie.
12) **Medical Concierge service** – świadczenie, w którym Allianz za pośrednictwem BDUI wskazuje Ubezpieczonemu informacje o maksymalnie trzech Placówkach medycznych kwalifikujących się do przeprowadzenia zaleconego w Raporcie eksperta dalszego leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz organizuje i pokrywa koszty (z uwzględnieniem limitów odpowiedzialności Allianz, o których mowa w § 5): leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, podróży lub Transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok. Świadczenie Medical Concierge service jest należne Ubezpieczonemu, o ile Raport eksperta wydany w ramach świadczenia Second Medical Opinion Service potwierdzi wystąpienie Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego objętego zakresem ochrony oraz wskaże możliwości dalszego leczenia.
13) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy podstawowej. 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 podstawowej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego

14) **Nowotwór** – Rozrost i rozprzestrzenianie się w organizmie w sposób niekontrolowany komórek nowotworowych wykazujących cechy inwazji i destrukcji tkanek. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. Data pierwszego rozpoznania mikroskopowego musi zawierać się w okresie ochrony ubezpieczeniowej. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki, w których próbka do badania histopatologicznego zostanie pobrana w okresie ochrony, jeżeli następnie badanie, wykonane nawet po wygaśnięciu ochrony, potwierdzi rozpoznanie Nowotworu.
Za Nowotwór uznaje się również:
a) białaczkę, chorobę Hodgkina, mięsaka i chłoniaka, wykazujące wyżej wskazane cechy,
b) raka in situ, w którym rozrost komórek nowotworowych ograniczony jest do jednej tkanki danego narządu i nie przekracza jej granicy,
c) wszelkie zmiany przednowotworowe w komórkach, które są sklasyfikowane pod względem cytologicznym lub histologicznym jako dysplazja dużego stopnia lub dysplazja ciężka,
Zakres ochrony nie obejmuje:
a) Nowotworów skóry z wyjątkiem czerniaka,
b) Nowotworów współistniejących z zespołem nabytego upośledzenia odporności (AIDS), w tym mięsaka Kaposiego.

21. **Osoba towarzysząca** – osoba odbywająca podróż wraz z Ubezpieczonym i wskazana przez niego do towarzyszenia mu w trakcie leczenia lub podróży.
22. **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia, gabinet medyczny, praktyka lekarska, działające legalnie poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej.
23. **Przeszczep od żywego Dawcy narządów** – 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 niniejszym ubezpieczeniem,
d) przeszczepów od zmarłego dawcy,
e) wszelkich przeszczepów, które wiążą się z leczeniem komórek macierzystych,
f) przeszczepów możliwych do wykonania poprzez zakup narządów dawcy.
24. **Przeszczep szpiku kostnego** – przeszczep komórek szpiku kostnego (BMT) lub przeszczep komórek krwiotwórczych z krwi obwodowej (PBSCT), przy czym komórki te pochodzić muszą:
a) od Ubezpieczonego (przeszczep autologiczny) lub
b) od żywego Dawcy – w przypadku pozytywnej oceny zgodności w zakresie antygenów zgodności tkankowej (przeszczep alogeniczny).
25. **Proteza** – sztuczne urządzenie uzupełniające brakujące części ciała lub narządu.
26. **Raport eksperta** – opinia dotycząca diagnozy, stanu zdrowia i leczenia Ubezpieczonego, sporządzana przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Second Medical Opinion service, na podstawie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej.
27. **Second Medical Opinion service** – świadczenie Allianz realizowane za pośrednictwem Best Doctors, polegające na pozyskaniu dla Ubezpieczonego Raportu eksperta opartego na analizie dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, sporządzanego przez Lekarza konsultanta.
28. **Składka podstawowa** – składka z tytułu umowy podstawowej.
29. **Składka** – składka należna z tytułu Umowy dodatkowej, zwana również w treści warunków Umowy podstawowej składką ochronną.
30. **Suma ubezpieczenia** – maksymalna kwota, do której Allianz w danym Roku polisowym ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy dodatkowej, wskazana w § 5.
31. **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający zgodnie z prawem miejscowym poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej; za Szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska, ośrodków pomocy społecznej, domu opieki, ośrodków leczenia uzależnień, hospicjów.
32. **Transport medyczny** – transport Ubezpieczonego zalecany przez Lekarza prowadzącego leczenie, realizowany zgodnie z jego wskazaniami, odpowiednimi dla stanu zdrowia Ubezpieczonego wymaganym środkiem transportu. Allianz uznaje zasadność zorganizowania i pokrycia kosztów Transportu medycznego w oparciu o zalecenie Lekarza prowadzącego leczenie oraz dokumentację medyczną Ubezpieczonego.
33. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła Umowę dodatkową i jest zobowiązana do opłacania Składek.
34. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej.
35. **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego, którego zdrowie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w Umowie dodatkowej, zwane również Ubezpieczonym.
36. **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia Allianz Best Doctors.
37. **Umowa podstawowa** – umowa ubezpieczenia na życie zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym.
38. **Zabieg chirurgiczny** – diagnostyczny lub terapeutyczny zabieg na narządach i tkankach ciała, przeprowadzany z dostępu endoskopowego lub przez nacięcie, wykonywany przez Lekarza chirurga w Szpitalu, w warunkach sali operacyjnej.
39. **Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych** – zabieg kardiochirurgiczny, przeprowadzony po konsultacji z Lekarzem konsultantem, polegający na pomostowaniu jednej lub kilku tętnic wieńcowych poprzez wytworzenie przepływów 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 urazowych uszkodzeń i/lub wrodzonych zmian aorty,
c) leczenia choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) przy użyciu innej techniki niż by-pass.
40. **Zabieg kardiochirurgiczny wymiany lub naprawy zastawki** – operacja kardiochirurgiczna, z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego, w celu leczenia nabytej choroby zastawki lub zastawek serca polegające na wymianie lub naprawie jednej lub więcej zastawek serca; zakres ochrony obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca, u Ubezpieczonego u którego wada zastawki została wykryta w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, 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.
41. **Zabieg neurochirurgiczny** – oznacza:
a) dowolną operację chirurgiczną mózgu i/lub innych struktur wewnątrzczaszkowych,
b) leczenie łagodnych guzów zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym.
42. **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zgłoszenie do Allianz, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej, potrzeby skorzystania ze świadczenia Second Medical Opinion service lub potrzeby leczenia za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, potwierdzonego Raportem eksperta. Zdefiniowany poważny stan chorobowy musi być spowodowany chorobą zdiagnozowaną po raz pierwszy po rozpoczęciu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.
43. **Zdefiniowany poważny stan chorobowy** – zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu lub potrzeby przeprowadzenia zabiegu operacyjnego naczyń wieńcowych lub zabiegu kardiochirurgicznego wymiany lub naprawy zastawki lub zabiegu neurochirurgicznego lub przeszczepu od żywego Dawcy narządów.

Wszystkie definicje pojęć stosowanych w umowie ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajdziesz w §2 o.w.u.

Jaki jest przedmiot i zakres umowy dodatkowej?
§ 3.

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach Umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej i poza okresem, o którym mowa w ust. 4, Allianz organizuje i pokrywa koszty świadczeń wskazanych w ust. 5 i 6 w przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego, wskazanych poniżej Zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych:
1) Nowotwór,
2) Zabieg operacyjny naczyń wieńcowych,
3) Zabieg kardiochirurgiczny wymiany lub naprawy zastawki,
4) Zabieg neurochirurgiczny,
5) Przeszczep od żywego Dawcy narządów.

W ramach Umowy dodatkowej zapewniamy Ci dwa rodzaje świadczeń:
– świadczenie Second Medical Opinion service, dzięki któremu uzyskasz dodatkową opinię na temat swojego stanu zdrowia (tzw. Raport eksperta)
– świadczenie Medical Concierge service, które zapewni Ci organizację oraz pokrycie kosztów leczenia w klinice poza Polską.

3.

Zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych w rozumieniu niniejszych warunków nie stanowią:

1) Nowotwory jeżeli zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w ust. 4;
2) zabiegi operacyjne wymienione w ust. 2 pkt 2)-5) jeżeli choroby będące przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów zostały zdiagnozowane po raz pierwszy przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w ust. 4.

4.

1) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy dodatkowej Best Doctors rozpoczyna się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy (karencja), jednak nie wcześniej niż w dniu następującym po dacie zapłaty składki ochronnej należnej z tytułu Umowy dodatkowej Best Doctors, z zastrzeżeniem pkt 2).
2) W sytuacji gdy Ubezpieczony pozostawał objęty ochroną ubezpieczeniową przez dowolny okres w ramach umowy Best Doctors (zarówno w sytuacji, gdy jest to samodzielna umowa Best Doctors oraz w sytuacji, gdy jest to umowa dodatkowa do innej Umowy podstawowej), a następnie kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem, że pomiędzy kolejnymi okresami ochrony ubezpieczeniowej zachowana jest ciągłość, okres pozostawania w ochronie ubezpieczeniowej skraca odpowiednio okres karencji, gdy:
   a) Ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową w ramach dotychczasowej polisy Allianz,
   b) Ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową w ramach innej polisy Allianz.

Przez umowę Best Doctors rozumiemy w tym miejscu umowę dodatkową Best Doctors bądź umowę Best Doctors będącą samodzielnym produktem.
W przypadku umowy dodatkowej Best Doctors Allianz stosuje 180-dniowy okres Karencji. W przypadku zmiany Twojej umowy dodatkowej Best Doctors, Karencję zastosujemy tylko wtedy, gdy z dotychczasowej umowy Best Doctors zrezygnujesz przed upływem 180 dni jej trwania. Jeżeli np. Twoja dotychczasowa umowa Best Doctors trwała 110 dni, a zdecydujesz się zawrzeć umowę Best Doctors w ramach innego produktu Allianz, bądź będziesz chciał kontynuować umowę Best Doctors na zmienionych warunkach, wówczas obowiązywać będzie pozostały okres Karencji w wymiarze 70 dni. Warunkiem koniecznym jest zachowanie ciągłości ochrony pomiędzy bezpośrednio następującymi po sobie okresami ubezpieczenia w ramach umowy Best Doctors. Nie ma przy tym znaczenia, czy Twoja umowa jest umową dodatkową w ramach pakietu ubezpieczeń czy też jest to umowa samodzielna.

5.

Second Medical Opinion service.

W razie wystąpienia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Allianz, za pośrednictwem BDUI, zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:

a) udzielenia Ubezpieczonemu informacji o dokumentacji medycznej niezbędnej do wydania Raportu eksperta, a na wniosek Ubezpieczonego zapewnienie pomocy w zebraniu tych dokumentów;
b) ponowną ocenę histopatologiczną zawierającą (o ile będzie to niezbędne) wykonanie ponownych badań tkanek pobranych uprzednio od Ubezpieczonego;
c) przetłumaczenia na język obcy zebranej dokumentacji medycznej;
d) przekazanie przetłumaczonej dokumentacji medycznej do Lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu;
e) sporządzenia pisemnie Raportu eksperta zawierającego:
   (1) opinię wybranego przez Best Doctors Lekarza konsultanta dotyczącą postawionej diagnozy i stosowanego leczenia,
   (2) propozycję planu leczenia zalecanego przez Lekarza konsultanta,
   (3) informacje o doświadczeniach zawodowych i osiągnięciach zawodowych Lekarza konsultanta, który sporządził Raport eksperta,
   (4) przetłumaczenie Raportu eksperta na język polski,
   (5) dostarczenie przetłumaczonego Raportu eksperta Ubezpieczonemu lub na wniosek Ubezpieczonego, Lekarzowi prowadzącemu, pod opieką którego on się znajduje;
f) jeśli Lekarz konsultant w Raporcie eksperta postawi odmienną diagnozę niż diagnoza wynikająca z dotychczasowego leczenia Ubezpieczonego lub z jego dokumentacji medycznej, Allianz, za pośrednictwem BDUI, zapewnia organizację i pokrycie kosztów sporządzania dodatkowej opinii medycznej przez innego Lekarza konsultanta oraz przetłumaczenia jej na język polski. Do sporządzonej dodatkowej opinii medycznej, o której mowa w zdaniu poprzednim, stosuje się odpowiednio wszelkie postanowienia niniejszych warunków dotyczące Raportu eksperta.

6.

Medical Concierge service.

1) Jeśli Raport eksperta wydany w ramach świadczenia Second Medical Opinion service potwierdzi wystąpienie Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, objętego zakresem ochrony oraz wskaże możliwości dalszego leczenia, Allianz, za pośrednictwem BDUI, zapewnia organizację i pokrycie kosztów następujących świadczeń:
   a) wskazania Ubezpieczonemu informacji o maksymalnie trzech Placówkach medycznych za granicą Rzeczpospolitej Polskiej, w których dalsze leczenie i konieczna diagnostyka mogą zostać przeprowadzone;
   b) leczenia za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego, zgodnie z pkt 2);
   c) podróży lub Transportu medycznego Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej i/lub dawcy, a w przypadku, gdy leczenie za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego dotyczy Ubezpieczonego Dziecka – podróży lub Transportu medycznego ubezpieczonego Dziecka, dwóch Osób towarzyszących i/lub Dawcy, zgodnie z pkt 3), z zastrzeżeniem lit. h;
   d) zakwaterowania Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej i/lub Dawcy, a w przypadku, gdy leczenie za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Dziecka – zakwaterowania ubezpieczonego Dziecka, dwóch Osób towarzyszących i/lub Dawcy, zgodnie z pkt 4), z zastrzeżeniem lit. h;
   e) repatriacji zwłok Ubezpieczonego i/lub Dawcy, zgodnie z pkt 5);
   f) zakupu Leków dokonanych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z pkt 6);
   g) Hospitalizacji, zgodnie z pkt 7).
   h) zapewnienie przez Allianz, za pośrednictwem BDUI organizacji i pokrycia kosztów podróży lub Transportu medycznego ubezpieczonego Dziecka, dwóch Osób towarzyszących i/lub Dawcy oraz organizacji i pokrycia kosztów zakwaterowania ubezpieczonego Dziecka, dwóch Osób towarzyszących i/lub Dawcy ograniczone jest do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez ubezpieczone Dziecko 18 lat.

W ramach Umowy dodatkowej Allianz Best Doctors, jeżeli wystąpi u Ciebie Zdefiniowany poważny stan chorobowy masz prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z Osobą towarzyszącą. Dodatkowo, do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ciebie 18 lat, masz prawo do podróży lub Transportu medycznego oraz zakwaterowania wraz z dwiema Osobami towarzyszącymi

2) Koszty leczenia za granicą
   a) Allianz organizuje i pokrywa niezbędne z medycznego punktu widzenia koszty leczenia u Ubezpieczonego Zdefiniowanego 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, w tym:
         (a) zakwaterowania w pokoju, oddziale lub oddziale intensywnej terapii,
         (b) wyżywienia podczas Hospitalizacji,
         (c) usług świadczonych przez przychodnie przyszpitalne,
         (d) koszty dodatkowego łóżka związanego z pobytem Osoby towarzyszącej w Szpitalu, o ile Szpital udostępnia taką usługę,
         (e) wykonania zabiegów na sali operacyjnej,
         (f) opieki anestezjologicznej 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 Placówki medycznej,
      (4) koszty zabiegów zleconych przez Lekarzy w tym: transfuzję krwi, osocza i płynów dożylnych, iniekcji, terapii tlenowej,
      (5) koszty radioterapii, chemioterapii,
      (6) koszty badań laboratoryjnych i diagnostycznych zleconych przez Lekarza w tym: badań rentgenowskich, elektrokardiograficznych, ultrasonograficznych, badań z zastosowaniem izotopów promieniotwórczych, echokardiografii, angiografii, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i innych badań diagnostycznych wymaganych w procesie leczniczym,

(7) koszty zakupu niezbędnych Leków lub środków opatrunkowych przepisanych przez Lekarza po leczeniu operacyjnym związanym z leczeniem Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Placówki medycznej, o ile poniesiono je przed powrotem na teren Rzeczypospolitej Polskiej (Allianz zwraca Ubezpieczonemu te koszty na zasadach opisanych w § 10),
(8) koszty transferu i transportu ambulansem naziemnym lub powietrznym, o ile jest wskazany i zalecony przez Lekarza prowadzącego oraz uprzednio zatwierdzony przez BDUI.
(9) w przypadku przeszczepu od Dawcy, koszty związane z Hospitalizacją Dawcy, w tym:
(a) zakwaterowania w pokoju lub oddziale i wyżywienia podczas Hospitalizacji,
(b) opieki lekarskiej i pielęgniarskiej podczas Hospitalizacji,
(c) obsługi personelu medycznego zgodnie z zasadami pracy Szpitala,
(d) wszystkie zlecone przez Lekarza badania laboratoryjno-diagnostyczne,
(e) postępowanie wyjaśniające w celu potwierdzenia potencjalnego dawcy,
(f) Leków i środków opatrunkowych użytych podczas Hospitalizacji,
(g) operacji pobrania narządu lub szpiku kostnego dla Ubezpieczonego,
(h) opieki pooperacyjnej.

3) **Koszty podróży lub Transportu medycznego**
a) Allianz pokrywa koszty podróży poza granice Rzeczypospolitej Polskiej Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy, a w przypadku, gdy leczenie za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego dotyczy Dziecka – ubezpieczonego Dziecka, dwóch Osób towarzyszących oraz – w przypadku przeszczepów – Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 6 pkt 1) lit. h), wyłącznie w celu poddania się leczeniu Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego zatwierdzonego przez BDUI/ Allianz w Certyfikacie leczenia za granicą. Wszelkie ustalenia, dotyczące organizacji podróży muszą być uprzednio uzgodnione z BDUI. Allianz nie pokrywa kosztów podróży poniesionych przez Ubezpieczonego, bądź osobę trzecią w imieniu Ubezpieczonego. Allianz pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.,
b) BDUI bierze odpowiedzialność za ustalenie daty podróży, na podstawie uzgodnionego planu leczenia. Data podróży zostanie podana do wiadomości Ubezpieczonego stosownie wcześniej, aby Ubezpieczony miał wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych ustaleń osobistych.
c) W przypadku, gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z BDUI/ Allianz, zmieni datę podróży, o której mowa w akapicie powyżej, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu BDUI i/lub Allianz wszystkich kosztów organizacji i zapewnienia odpowiednich warunków podróży, poniesionych wskutek dokonanej przez Ubezpieczonego zmiany terminu podróży.
d) Koszty podróży obejmują:
(1) transport Ubezpieczonego z jego miejsca pobytu na wyznaczone lotnisko lub dworzec kolejowy, z którego zgodnie z planem podróży będzie zorganizowany transport,
(2) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej do miasta docelowego miejsca leczenia oraz transport do wyznaczonego hotelu,
(3) transport z wyznaczonego hotelu lub Szpitala na lotnisko lub międzynarodowy dworzec kolejowy,
(4) bilet kolejowy lub lotniczy klasy ekonomicznej oraz transport do miejsca pobytu Ubezpieczonego.

4) **Koszty zakwaterowania**
a) Allianz organizuje i pokrywa koszty zakwaterowania Ubezpieczonego i Osoby towarzyszącej i/lub Dawcy, a w przypadku, gdy leczenie za granicą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego dotyczy Dziecka – ubezpieczonego Dziecka i dwóch Osób towarzyszących i/lub Dawcy (z zastrzeżeniem §3 ust. 6 pkt 1) lit. h), związane z ich pobytem w miejscu leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za granicą, potwierdzonego w Certyfikacie leczenia za granicą. Wszelkie ustalenia dotyczące zakwaterowania muszą zostać potwierdzone przez BDUI. Allianz pokrywa koszty do wysokości sumy ubezpieczenia i z uwzględnieniem limitów określonych w §5.
b) BDUI bierze odpowiedzialność za ustalenie dat rezerwacji zakwaterowania na podstawie zatwierdzonego planu leczenia. Daty te zostaną podane do wiadomości Ubezpieczonego stosownie wcześniej, aby Ubezpieczony miał wystarczająco dużo czasu na dokonanie wszelkich niezbędnych ustaleń osobistych. BDUI poda do wiadomości Ubezpieczonego datę powrotu na podstawie harmonogramu leczenia oraz po powzięciu od Lekarza prowadzącego informacji, iż Ubezpieczony jest zdolny do podróży.
c) W przypadku, gdy Ubezpieczony, bez uzasadnienia medycznego oraz bez uzgodnienia z BDUI/ Allianz, zmieni terminy rezerwacji lub lokalizację zakwaterowania, potwierdzone wcześniej przez BDUI, Ubezpieczony będzie zobowiązany do zwrotu BDUI/ Allianz wszystkich kosztów poniesionych przez BDUI/ Allianz wskutek dokonanej przez Ubezpieczonego zmiany, łącznie z tymi, które związane będą z organizacją i zapewnieniem nowych warunków zakwaterowania,
d) W ramach zakwaterowania w hotelu o standardzie trzy- lub czterogwiazdkowym BDUI zapewnia rezerwację pokoju dwuosobowego wraz z zapewnieniem śniadania (wybór hotelu uzależniony jest od dostępności oraz odległości od Szpitala lub Lekarza prowadzącego, która powinna być nie większa niż 10 km),
e) Koszty dodatkowych posiłków, poza tym, które zapewnia BDUI oraz wszelkie inne koszty dodatkowe pobytu w hotelu nie są pokrywane. Podwyższenie standardu hotelu nie jest możliwe i nie może być sfinansowane przez Ubezpieczonego.

5) **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 na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli Ubezpieczony lub Dawca zmarł podczas leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, w tym koszt zakupu trumny przewozowej i balsamowania zwłok.

6) **Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej**
a) W przypadku, gdy Ubezpieczony był hospitalizowany poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach zatwierdzonego przez BDUI w Certyfikacie leczenia za granicą, procesu leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego przez okres dłuższy niż 3 dni, BDUI zrefunduje Ubezpieczonemu koszty poniesione na zakup Leków po powrocie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
b) Zwrot kosztów zakupu Leków, o których mowa powyżej dotyczy:
(1) Leków zaleconych przez Lekarza prowadzącego leczenie poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej jako niezbędna kontynuacja prowadzonego leczenia Ubezpieczonego,
(2) Leków dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
(3) Leków przepisanych na recepcie przez Lekarza pracującego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
(4) Leków dostępnych do nabycia i zakupionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
(5) Leków przepisanych na jednej recepcie, których dawka pozwala na ich przyjmowanie nie dłużej niż przez okres 2 miesięcy,
c) Zwrot kosztów zakupu Leków nie obejmuje:
(1) Leków, których zakup jest w całości refundowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub których koszty zakupu pokrywa ubezpieczenie w ramach jakiejkolwiek innej polisy ubezpieczeniowej posiadanej przez Ubezpieczonego,
(2) procedur medycznych związanych z podawaniem Leków,
(3) Leków zakupionych poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej,
(4) Leków, których udokumentowanie zakupu (faktury/ rachunki) zostanie dostarczone do BDUI/ Allianz powyżej 180 dni od daty ich zakupu.
d) Allianz zrefunduje Ubezpieczonemu koszty zakupu Leków, których zakup przez Ubezpieczonego zostanie udokumentowany w formie kopii recepty, faktury lub innego dowodu zakupu. Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.
e) W przypadku, gdy koszt zakupu Leków został częściowo zrefundowany w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia lub częściowo pokryty w ramach innej polisy ubezpieczeniowej posiadanej przez Ubezpieczonego, wniosek o refundację kosztów zakupu Leków powinien wyraźnie rozróżniać te koszty, które zostały częściowo sfinansowane przez Ubezpieczającego.

7) **Dzienne świadczenie szpitalne**
Za każdy pełny dzień pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu poza granicami Rzeczpospolitej Polskiej, w ramach zorganizowanego przez BDUI leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, zatwierdzonego przez BDUI na podstawie Certyfikatu leczenia za granicą, BDUI/ Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dzienne świadczenie szpitalne, do wysokości określonej w § 5, z uwzględnieniem limitów określonych w tym samym paragrafie.

W jakich sytuacjach ochrona z tytułu Umowy dodatkowej nie przysługuje?
§ 4.

1.
Allianz jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zdarzenia obejmowanego ochroną na podstawie Umowy dodatkowej, jeżeli wystąpienie Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego było wynikiem:

1) chorób zdiagnozowanych, rozpoznanych lub leczonych lub których objawy zostały stwierdzone stosownymi dokumentami medycznymi w okresie 10 lat poprzedzających datę rozpoczęcia ochrony z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej lub w okresie, o którym mowa w § 3 ust. 4;
2) choroby zawodowej w rozumieniu Kodeksu pracy z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych;
3) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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;
4) samobójstwa lub próby samobójstwa Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego niezależnie od stanu poczytalności;
5) zakażenia wirusem HIV Ubezpieczonego lub Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
6) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99);
7) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
8) 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;
9) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia;
10) 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.

2.

Allianz nie ponosi odpowiedzialności za:
1) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Medical Concierge service, jeżeli wcześniej nie został sporządzony dla Ubezpieczonego Raport eksperta w ramach świadczenia Second Medical Opinion service;
2) organizację i pokrycie kosztów leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, za wyjątkiem świadczenia Zwrotu kosztów zakupu Leków po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej, o którym mowa w § 3 ust. 6. pkt 6).;
3) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, jeżeli:
   a) w okresie 12 miesięcy przed zgłoszeniem roszczenia w ramach świadczenia Second Medical Opinion service Ubezpieczony przebywał poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej dłużej niż przez 183 kolejnych dni kalendarzowych, lub
   b) Ubezpieczony nie może być uznany za osobę posiadającą stałe miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
   c) Ubezpieczony stał się rezydentem podatkowym kraju innego niż Rzeczpospolita Polska;
4) organizację i pokrycie kosztów leczenia w szpitalu uzdrowiskowym (sanatoryjnym), szpitalu rehabilitacyjnym, sanatorium lub uzdrowisku, ośrodku pomocy społecznej, domu opieki, ośrodku leczenia uzależnień, hospicjum;
5) pokrycie kosztów zakupu protez, implantów, sztucznych narządów lub organów, soczewek, urządzeń korygujących (tj.: okularów korekcyjnych i szkieł kontaktowych), urządzeń ortopedycznych (w tym obuwia ortopedycznego, gorsetów, kul, wózków inwalidzkich, łóżka rehabilitacyjnego), materiałów opatrunkowych, peruki, z wyjątkiem pokrycia kosztów chirurgicznego leczenia rekonstrukcyjnego z użyciem protez piersiowych z powodu mastektomii i sztucznych zastawek serca, zorganizowanego w ramach niniejszej umowy dodatkowej;
6) pokrycie kosztów zakupu Leków i środków opatrunkowych dostępnych bez recepty lub zakupionych poza apteką;
7) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia w przypadkach zmian otępiennych spowodowanych starością lub w przypadku wszelkiego rodzaju zaburzeń poznawczych, niezależnie od przyczyny ich wystąpienia i stanu zaawansowania;
8) organizację i pokrycie kosztów leczenia alternatywnego, niekonwencjonalnego nawet jeśli zostało przepisane lub zalecane przez Lekarza podczas leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego;
9) organizację i pokrycie kosztów leczenia eksperymentalnego o niepotwierdzonej naukowo i medycznie skuteczności i bezpieczeństwie;
10) organizację i pokrycie kosztów leczenia Nowotworu lub przeprowadzenia zabiegu operacyjnego, wymienionego w § 3 ust. 2 pkt 2), 3), 4), jeśli zalecanym w Raporcie eksperta sposobem ich leczenia jest przeszczep narządu;
11) organizację i pokrycie kosztów świadczeń lub leczenia Zdefiniowanych poważnych stanów chorobowych, które zostały spowodowane przez przeszczep, za wyjątkiem leczenia Nowotworu objętego ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej Umowy dodatkowej;
12) organizację i pokrycie kosztów leczenia wszelkich chorób spowodowanych przeszczepem narządu, za wyjątkiem przypadków, w których dana choroba została zakwalifikowana jako Zdefiniowany poważny stan chorobowy;
13) 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 Second Medical Opinion service,
   b) opłat telefonicznych, za wyjątkiem podejmowanego przez Allianz bądź Best Doctors/ BDUI kontaktu z Ubezpieczonym,
   c) zakupu przedmiotów użytku osobistego,
   d) wszelkich usług świadczonych Osobie towarzyszącej i /lub Dawcy, za wyjątkiem świadczeń objętych ubezpieczeniem wymienionych w § 3;
14) organizację i pokrycie kosztów znalezienia Dawcy;
15) organizację i pokrycie kosztów leczenia w przypadkach nagłych, wymagających natychmiastowej pomocy lekarskiej;
16) organizację i pokrycie kosztów poniesionych przed wystawieniem Certyfikatu leczenia za granicą, o którym mowa w § 9 B) ust. 5, jak również kosztów poniesionych w innych Placówkach medycznych niż Placówka wskazana w Certyfikacie leczenia za granicą zgodnie z wyborem Ubezpieczonego;
17) organizację i pokrycie kosztów świadczeń dostępnych w ramach Medical Concierge service w sytuacji braku możliwości wyjazdu Ubezpieczonego z powodu niespełnienia przez niego wymagań wizowych kraju, w którym siedzibę ma wybrana przez Ubezpieczonego Placówka medyczna spośród wskazanych przez BDUI.

3.

1) Allianz i Best Doctors/ BDUI nie odpowiadają za medyczną poprawność Raportu eksperta sporządzonego przez Lekarza konsultanta w ramach świadczenia Second Medical Opinion service oraz za skutki zastosowania się przez Ubezpieczonego do wskazań wynikających z Raportu eksperta. Decyzja o leczeniu za granicą, podjęta w oparciu o Raport eksperta, jest samodzielną decyzją Ubezpieczonego i Allianz oraz Best Doctors/ BDUI nie odpowiadają za skutki tej decyzji.
2) Allianz i Best Doctors/ BDUI nie odpowiadają za skuteczność i wyniki leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego w ramach świadczenia Medical Concierge service.

4.

Odpowiedzialność Allianz obejmuje wyłącznie świadczenia wskazane w Umowie dodatkowej polegające na zorganizowaniu i pokryciu kosztów usług określonych w niniejszych warunkach. Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie wpływa na zakres świadczonej ochrony ubezpieczeniowej w ramach Umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa nie stanowi podstawy do żądania zadośćuczynienia od Allianz lub od Best Doctors/ BDUI za doznane krzywdy, ból, cierpienie fizyczne lub moralne będące skutkiem wystąpienia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, jak również za straty materialne wynikające z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

5.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia Umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić realizacji części lub całości świadczenia, jeżeli Ubezpieczający, Ubezpieczony lub w przypadku Ubezpieczonego dziecka jego przedstawiciel ustawowy podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innych pismach, przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

Jaka jest suma ubezpieczenia Umowy dodatkowej oraz limity odpowiedzialności Allianz?
§ 5.

1.

Allianz w danym roku polisowym ponosi odpowiedzialność maksymalnie do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w poniższej tabeli, z uwzględnieniem limitów w niej zawartych.

	Opis świadczenia	Wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem limitów na poszczególne świadczenia
1.	Całkowita odpowiedzialność Allianz z tytułu Umowy dodatkowej (w tym koszty podróży lub Transportu medycznego, zakwaterowania, repatriacji zwłok, koszty zakupu Leków, koszty dziennego świadczenia szpitalnego)	1 000 000 euro w roku polisowym (łączny limit na świadczenia dotyczące Ubezpieczonego, Osoby towarzyszącej oraz Dawcy)
a)	Koszty podróży lub Transportu medycznego	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. powyżej
b)	Koszty zakwaterowania	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. Powyżej
c)	Repatriacja zwłok do miejsca pochówku na terenie Rzeczypospolitej Polskiej	w granicach rocznego limitu, wskazanego w punkcie 1. powyżej
d)	Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej	50 000 euro – górna granica odpowiedzialności (łączny limit na świadczenie dotyczące Ubezpieczonego)
e)	Dzienne świadczenie szpitalne	100 euro za 1 dzień pobytu w Szpitalu (łączny limit na świadczenie dotyczące Ubezpieczonego), maksymalnie do 60 dni pobytu w Szpitalu w ramach jednego roszczenia

2.
Suma ubezpieczenia wskazana w niniejszej Umowie dodatkowej odnosi się do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych mających miejsce w danym roku polisowym.

3.
W razie przedłużania Umowy dodatkowej (zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 2) na kolejne roczne okresy ubezpieczenia górny limit odpowiedzialności Allianz za wszystkie zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu przedłużanej Umowy dodatkowej, w całym życiu Ubezpieczonego wynosi 2 000 000 euro (jest to łączny limit na świadczenia dotyczące danego Ubezpieczonego, jego Osoby towarzyszącej oraz jego Dawcy).

4.
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.

W jaki sposób zawierana jest Umowa dodatkowa?
§ 6

1.
Zasady dotyczące zawierania umowy określone w §5 o.w.u. mają odpowiednie zastosowanie do zawierania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem poniższych ustępów niniejszego paragrafu.

2.
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 60 lat lub na rzecz Ubezpieczonego Dziecka, które w dniu złożenia w Allianz wniosku o zawarcie Umowy dodatkowej nie ma ukończonych 25 lat.

3.
Zawarcie Umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem Umowy podstawowej lub w trakcie jej trwania, w terminie zgodnym z terminem płatności składki podstawowej z tytułu Umowy podstawowej.

4.
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 ubezpieczenia 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.

Umowę dodatkową możesz zawrzeć wraz z zawarciem lub w trakcie trwania Umowy podstawowej.

5.
Za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą, Allianz Życie, Best Doctors oraz BDUI mogą uzyskać od 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 wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

Jaki jest czas trwania Umowy dodatkowej, jakie są warunki rozwiązania Umowy dodatkowej oraz kiedy wygasa ochrona z jej tytułu?
§ 7.

1.
Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku z zastrzeżeniem ust. 3. nie dłużej jednak niż:
1) do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 85 lat, lub do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat,
2) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy podstawowej,
3) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie Ubezpieczonego lub odpowiednio umowy dodatkowej ubezpieczenia na życie dziecka.
4) do dnia Rocznicy polisy bezpośrednio następującej po wykorzystaniu przez Ubezpieczonego limitu odpowiedzialności Allianz, o którym mowa w § 5 ust.3,
5) do dnia śmierci Ubezpieczonego.

2.
Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu Umowy dodatkowej.

3.
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. W pierwszej Umowie dodatkowej, zawartej zgodnie z postanowieniami niniejszego punktu, stosuje się limity właściwe dla rocznego okresu ubezpieczenia, wskazane w § 5.

4.
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.

5.
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. Za datę odstąpienia od Umowy dodatkowej przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

6.
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 rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.

7.
W razie wypowiedzenia Umowy dodatkowej ubezpieczenia, Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

8.
Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu dotyczy umowy ubezpieczenia (umowy podstawowej wraz z umowami dodatkowymi), wówczas umowa

dodatkowa ulega rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami §7 ust. 3) umowy podstawowej.

Jeśli zmienisz zdanie i poinformujesz nas o chęci rezygnacji z 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 Centrali Allianz, a także w dowolnym oddziale lub u Agenta Allianz.

9.
Ochrona ubezpieczeniowa z umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 1 oraz w ust. 4 z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty. Szczegółowe konsekwencje nieopłacenia składki, opisane są w §10 o.w.u.

Od czego zależy wysokość składki i z jaką częstotliwością należy ją opłacać?
§ 8.

1.
Składka z tytułu Umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki podstawowej z Umowy podstawowej. Obowiązek opłacania składki z tytułu Umowy dodatkowej trwa do końca okresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy dodatkowej.

2.
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 i § 11 ust. 2.

3.
Z zastrzeżeniem ust. 4, wysokość składki z tytułu Umowy dodatkowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała. Kwota składki z tytułu Umowy dodatkowej jest potwierdzona w polisie lub w aneksie do polisy.

4.
1) 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.
2) Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki z tytułu Umowy dodatkowej, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażaniu woli na przedłużenie Umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 7 ust. 2).
3) 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.

5.
Datą opłacenia Składki jest dzień wpływu Składki z tytułu Umowy dodatkowej i Umowy podstawowej w pełnej wysokości na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.

6.
Konsekwencje nieopłacenia składki opisane są w §10. o.w.u.

Kiedy i na jakiej podstawie realizowane są świadczenia?
§ 9.

Jeśli zdiagnozowano u Ciebie Zdefiniowany poważny stan chorobowy zadzwoń na numer infolinii: 800 365 867.

Musisz ocenić samodzielnie lub w porozumieniu ze swoim Lekarzem czy świadczenia przewidziane w Umowie dodatkowej odpowiadają Twoim potrzebom.

A) Second Medical Opinion service

1.
W celu uzyskania świadczenia Second Medical Opinion service, Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

2.
Zgłaszając się do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors Ubezpieczony powinien podać następujące dane:
1) imię i nazwisko;
2) adres zamieszkania;
3) numer polisy;
4) numer telefonu do kontaktu zwrotnego.

3.
Centrum Obsługi Klienta Best Doctors poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń. Formularze, które Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego podany podczas telefonicznej rozmowy Ubezpieczonego z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

4.
Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnione formularze doręczone mu przez Best Doctors oraz pełną dokumentację medyczną, dotyczącą Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, w związku z wystąpieniem którego Ubezpieczony wnioskuje o sporządzenie Raportu eksperta. Centrum Obsługi Klienta na prośbę i za zgodą Ubezpieczonego zapewnienia pomoc w zebraniu tych dokumentów. Raport eksperta zostanie przygotowany w oparciu o informacje przekazane przez Ubezpieczonego oraz/lub jego Lekarzy.

5.
W ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia Centrum Obsługi Klienta Best Doctors o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Centrum Obsługi Klienta Best Doctors doręcza Ubezpieczonemu Raport eksperta wraz z informacją czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia Medical Concierge service.

6.
Gdyby w terminie wskazanym w ust. 5 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do wydania Raportu eksperta okazało się niemożliwe, w tym z powodu niedostarczenia przez Ubezpieczonego do Centrum Obsługi Klienta Best Doctors wypełnionych formularzy doręczonych mu przez Best Doctors lub z powodu nieuzyskania przez Best Doctors pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, dla którego Ubezpieczony wnioskował o sporządzenie Raportu eksperta albo z powodu wystąpienia konieczności pozyskania dodatkowej opinii medycznej, o której mowa w § 3 ust. 5 pkt f), Centrum Obsługi Klienta Best Doctors dostarczy Ubezpieczonemu Raport eksperta wraz z informacją czy Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wystąpienia z wnioskiem o realizację świadczenia Medical Concierge service w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

B) Medical Concierge service

1.
Jeśli Raport eksperta wydany w ramach świadczenia Second Medical Opinion service potwierdzi wystąpienie Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, objętego zakresem ochrony z tytułu Umowy dodatkowej, a Ubezpieczony zdecyduje się na leczenie poważnego stanu chorobowego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, zgłaszając ten fakt BDUI, Ubezpieczony zostanie formalnie powiadomiony o podjęciu dalszego postępowania związanego z realizacją roszczenia.

2.
BDUI/ Best Doctors poinformuje Ubezpieczonego o czynnościach i wymaganych dokumentach niezbędnych do ustalenia zasadności zgłoszonego roszczenia, odpowiedzialności Allianz i realizacji świadczeń dostępnych w ramach Medical Concierge service. Formularze, które Ubezpieczony zobowiązany jest wypełnić celem uzyskania świadczenia zostaną przesłane na adres zamieszkania Ubezpieczonego podany podczas telefonicznej rozmowy Ubezpieczonego z Centrum Obsługi Klienta Best Doctors.

3.
W celu realizacji świadczenia Medical Concierge service Ubezpieczonemu zostaną przez BDUI przedstawione maksymalnie trzy Placówki medyczne kwalifikujące się do przeprowadzenia zaleconego w Raporcie eksperta leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej. Ubezpieczony ma prawo wyboru jednej z przedstawionych przez BDUI Placówek medycznych w ciągu 3 miesięcy od daty otrzymania raportu, w którym wskazane zostały Placówki medyczne.

W przypadku zawiadomienia BDUI o swoim wyborze po upływie 3 miesięcy od daty otrzymania raportu, Ubezpieczony zobowiązany jest do udokumentowania aktualnego stanu zdrowia celem ponownego uzyskania raportu prezentującego maksymalnie 3 Placówki medyczne, o których mowa powyżej.

4.
BDUI po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o wyborze Placówki medycznej spośród Placówek przedstawionych przez BDUI, organizuje leczenie w Placówce medycznej wskazanej przez Ubezpieczonego oraz organizuje pozostałe świadczenia dostępne w ramach świadczenia Medical Concierge service.

5.
1) Decyzję Allianz o pokryciu kosztów leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, w wybranej przez Ubezpieczonego Placówce medycznej, potwierdza doręczany Ubezpieczonemu za pośrednictwem BDUI/ Allianz Certyfikat leczenia za granicą. Wystawienie Certyfikatu leczenia za granicą potwierdza wystąpienie zdarzenia ubezpieczeniowego i oznacza gotowość Allianz do pokrycia kosztów leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego zgodnie z treścią Certyfikatu oraz z zakresem Umowy dodatkowej.
2) 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.
3) Ubezpieczonemu doręczane są wraz z Certyfikatem leczenia za granicą dokumenty zawierające niezbędne informacje dotyczące organizacji leczenia Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego za granicą (tzw. pakiet powitalny).

6.
Certyfikat leczenia za granicą doręczany jest Ubezpieczonemu w ciągu 30 dni liczonych od daty zawiadomienia BDUI o decyzji Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1.

7.
Gdyby w terminie wskazanym w ust. 6 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do organizacji świadczeń w ramach Medical Concierge service okazało się niemożliwe, w tym z powodu niedostarczenia przez Ubezpieczonego do BDUI wypełnionych formularzy doręczonych mu przez BDUI lub oczekiwania na wybór przez Ubezpieczonego Placówki medycznej spośród przedstawionych przez BDUI, BDUI 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.

8.
Jeżeli świadczenie Second Medical Opinion service lub Medical Concierge service nie przysługuje, Allianz za pośrednictwem BDUI poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego, wskazując na okoliczności oraz podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę zorganizowania i pokrycia kosztów leczenia Zdefiniowanego poważanego stanu chorobowego. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

Kiedy i na jakich warunkach Ubezpieczony otrzymuje zwrot poniesionych kosztów?
§ 10.

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 Zdefiniowanego poważnego stanu chorobowego, poniesionych przez Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od daty opuszczenia Placówki medycznej, o ile poniesiono je przed powrotem na teren Rzeczypospolitej Polskiej;
2) zakupu niezbędnych Leków przepisanych przez Lekarza, o których mowa w § 3 ust. 6. pkt 6) (Zwrot kosztów zakupu Leków po powrocie do Rzeczypospolitej Polskiej).

2.
W celu uzyskania zwrotu kosztów Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z BDUI.

3.
Zwrot kosztów dokonywany jest w złotych polskich stanowiących równowartość kwot wyrażonych w walucie, w której zostały one poniesione według średniego kursu NBP obowiązującego w dniu poniesienia tych kosztów. Zwrot kosztów jest realizowany maksymalnie do wysokości limitów określonych w § 5.

4.
Zwrot kosztów następuje w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania przez BDUI żądania o ich zwrot.

5.
Gdyby w terminie wskazanym w ust. 4 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w ust.4.

6.
Podstawą do zwrotu kosztów jest przedstawienie przez Ubezpieczonego dowodów ich poniesienia w postaci faktury lub innego dowodu zakupu, wykazujących jaki towar lub usługę nabyto oraz wysokość kosztu z tego tytułu poniesionego. Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

Jakie są warunki wznowienia Umowy dodatkowej?
§ 11.

1.
W przypadku rozwiązania Umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania Składek, może ona zostać za zgodą Allianz wznowiona pod warunkiem, że Umowa podstawowa podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Allianz, oraz spełnione są warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia, wskazane w §8 o.w.u.

2.
Po wznowieniu Umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te Nowotwory, które zostały zdiagnozowane po raz pierwszy po upływie 180 dni od daty wznowienia Umowy dodatkowej oraz tylko te Zabiegi operacyjne wymienione w § 3 ust. 2 pkt 2)-5), jeżeli choroby będące przyczyną przeprowadzenia tych zabiegów zostały zdiagnozowane po raz pierwszy po upływie 180 dni od daty wznowienia Umowy dodatkowej.

Pamiętaj, nawet jeżeli zaprzestaniesz opłacania Składek, na skutek czego umowa zostanie rozwiązania, masz jeszcze możliwość wznowienia umowy.

Jakie są obowiązki informacyjne Allianz?
§ 12.

1.
Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy dodatkowej lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy dodatkowej, 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 dodatkowej. 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 dodatkowej, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy dodatkowej. W przypadku gdy z Umowy dodatkowej przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy 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.

Jakie zasady obowiązują w ubezpieczeniu na cudzy rachunek?
§ 13.

1.
Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego dziecka wymaga zgody tego Ubezpieczonego, Ubezpieczonego dziecka bądź jego przedstawiciela ustawowego.

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, Ubezpieczonemu dziecku bądź jego przedstawicielowi ustawowemu, na piśmie lub jeżeli Ubezpieczony, Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciela ustawowego wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 12 ust. 1-2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu dziecku bądź jego przedstawicielowi ustawowemu:
   a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 12 ust. 1;
   b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 12 ust. 2.
2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, Ubezpieczonego dziecka bądź jego przedstawiciela ustawowego, przekazuje informacje określone w § 12 w ust. 1–2. Ubezpieczony, Ubezpieczone dziecko bądź jego przedstawiciel ustawowy może żądać by Allianz udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji
§ 14.

1.

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

a. w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
b. ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
c. w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

2.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

3.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

4.

Odpowiedź na reklamację 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.

Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

6.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

7.

W przypadku klienta będącego osobą fizyczną wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego. Zgodnie z art. 37 ustawy o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym Allianz jest zobowiązany do udziału w pozasądowym postępowaniu w sprawie rozwiązywania sporów, które jest przeprowadzane przez Rzecznika Finansowego (adres strony internetowej Rzecznika Finansowego www.rf.gov.pl)

8.

Pozew lub wniosek lub o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do sądu polubownego działającego przy Komisji Nadzoru Finansowego. Rozpatrzenie sprawy przez sąd polubowny wymaga zgody Allianz.

9.

W przypadku sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z umów zawieranych za pośrednictwem strony internetowej lub innych środków elektronicznych pomiędzy Allianz a konsumentami, istnieje możliwość wykorzystania internetowego systemu rozstrzygania sporów – platformy ODR. W tym celu konsument powinien wypełnić elektroniczny formularz skargi dostępny 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.

Ochrona danych osobowych
§15.

1.

Allianz, jako administrator danych osobowych w sensie ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j.:Dz.U.2016 poz.922) zbieranych w związku z zawarciem i realizacją umowy ubezpieczenia, informuje, że zebrane dane osobowe będą przetwarzane w następujących celach:

1) związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, w tym w szczególności w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i ustalenia wypłaty odszkodowania;
2) archiwalnych.

2.

W przypadku przetwarzania danych osobowych drogą elektroniczną Allianz kieruje się unormowaniami ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (t.j.: Dz.U.2017 poz.1219).

3.

Przetwarzane przez Allianz dane osobowe zebrane w celu realizacji umowy ubezpieczeniowej są objęte tajemnicą ubezpieczeniową.

4.

Zebrane dane osobowe będą udostępniane uprawnionym podmiotom w okolicznościach przewidzianych przepisami prawa oraz reasekuratorom współpracującym z Allianz.

5.

Każdej osobie przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

6.

Podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale konieczne do zawarcia umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe
§ 16.

1.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

2.

Przy wykonywaniu Umowy dodatkowej prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

3.

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, Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.

Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Allianz jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Allianz.

5.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 150/2017 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 15 grudnia 2017 r.

Veit Stutz	Radosław Kamiński	Konrad Kozik
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Grzegorz Kulik	Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro

Załącznik do Ogólnych warunków 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. w ramach umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polskiego.

2.

W ramach umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro dostępne są następujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:

1) Fundusze z grupy A:
   a) Fundusz Pieniężny,
   b) Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych,
   c) Fundusz Obligacji,
   d) Fundusz Obligacji Globalnych,
   e) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
   f) Fundusz Aktywnej Alokacji,
   g) Fundusz Dynamiczny,
   h) Fundusz Akcji Plus,
   i) Fundusz Selektywny,
   j) Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek,
   k) Fundusz Akcji Globalnych,
   l) Fundusz Energetyczny.
2) Fundusze z grupy B, wskazane w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.
3) Fundusze będące Portfelami Modelowymi:
   a) Portfel Stabilnego Wzrostu,
   b) Portfel Dynamiczny,
   c) Portfel Aktywnej Alokacji.

3.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają odpowiednio zapisy Ogólnych warunków ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, dalej zwanych „o.w.u.".

4.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Plan na dziś i jutro Ubezpieczającemu doręczany jest niniejszy Regulamin oraz aktualny Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro oraz aktualny Wykaz funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych.

§ 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:
   a) 5 dzień roboczy licząc od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia lub odpowiedniej dyspozycji do Centrali Allianz jeśli wysyłana jest ona na adres Centrali Allianz lub składana bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz 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),
   b) 10 dzień roboczy licząc od daty złożenia zgłoszenia roszczenia lub odpowiedniej dyspozycji w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
2) **Dzień wyceny** – dzień, w którym ustalana jest wartość jednostki Funduszu, tj. każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
3) **Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia. Fundusze dzielą się na Fundusze z grupy A, Fundusze z grupy B oraz Portfele Modelowe.
4) **fundusz inwestycyjny** – fundusz lub subfundusz inwestycyjny zarządzany przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych.
5) **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.
6) **Portfel Modelowy** – utworzony przez Allianz ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, którego aktywa inwestowane są w zestaw jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wskazanych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych oraz depozyty bankowe.
7) **strona internetowa Allianz** – www.allianz.pl
8) **Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych (TFI)** – spółka akcyjna z siedzibą na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, która uzyskała zezwolenie Komisji Nadzoru Finansowego na wykonywanie działalności polegającej na tworzeniu funduszy inwestycyjnych i zarządzaniu nimi, w tym pośrednictwie w zbywaniu i odkupywaniu jednostek uczestnictwa oraz reprezentowaniu ich wobec osób trzecich.
9) **Uczestnik Funduszu (Uczestnik)** – Ubezpieczający, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek podstawowych lub doraźnych z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz.
10) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – całkowita wartość aktywów Funduszu z grupy A lub Portfela Modelowego, 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.
2) Cena jednostki uczestnictwa:
   a) dla Funduszu z grupy A – równa jest Wartości Aktywów Netto Funduszu z grupy A podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa Funduszu z grupy A w danym Dniu wyceny;
   b) dla Funduszu z grupy B – równa jest określonej przez Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych cenie jednostki uczestnictwa poszczególnych funduszy inwestycyjnych, w które lokowane są środki Funduszy z grupy B;
   c) dla Portfela Modelowego – równa jest Wartości Aktywów Netto Portfela Modelowego podzielonej przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa Portfela Modelowego w danym Dniu wyceny.
3) Cena jednostki danego Funduszu z grupy B ustalona w Dniu wyceny obowiązuje do dnia poprzedzającego następny Dzień wyceny włącznie.
4) Allianz zastrzega sobie prawo dokonania korekty wyceny.
5) Cena jednostki uczestnictwa wyznaczana jest z dokładnością do czterech miejsc po przecinku.
6) 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 z grupy A oraz Portfela Modelowego ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz z grupy A oraz Portfel Modelowy, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) i § 7 ust. 2 pkt 1), przy czym wartość aktywów i zobowiązań Funduszu z grupy A oraz Portfeli Modelowych wycenia Allianz na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu wyceny.

ZYULTR-R05 06/17

2) Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu z grupy B wyceniane są na mocy zasad wskazanych w odpowiednim prospekcie informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w który lokowane są środki Funduszu z grupy B.
3) 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 któregokolwiek podmiotu wymienionego w § 3 ust. 4.

§ 4.
Terminy i zasady nabyć 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 wpłaconą składkę podstawową następuje według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny, licząc od następnego dnia roboczego po dniu, w którym łącznie 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 wpłaconą składkę 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) Nabycie 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 wznowienia w systemie obsługi polis Allianz.

4.

Liczbę zakupionych jednostek uczestnictwa ewidencjonuje się na właściwym rachunku jednostek:
a) dla Funduszu z grupy A oraz Portfela Modelowego – z dokładnością do 4 miejsc po przecinku,
b) dla Funduszu z grupy B – z taką dokładnością miejsc po przecinku z jaką ewidencjonowane są jednostki danego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z jego statutem.

§ 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 w 5. Dniu 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 w 5. Dniu wyceny licząc od następnego dnia roboczego po Dniu rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, z zastrzeżeniem pkt 3).
3) W razie zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego po upływie 90 dni od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki podstawowej, o ile umowa nie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe, wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek liczona jest według ceny jednostki, nie później niż z 5. Dnia wyceny licząc od następnego dnia roboczego po dniu wskazanego powyżej 90-dniowego terminu.

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:
a) dla Funduszu z grupy A oraz Portfela Modelowego – z dokładnością do 4 miejsc po przecinku,
b) dla Funduszu z grupy B – z taką dokładnością miejsc po przecinku z jaką ewidencjonowane są jednostki danego funduszu inwestycyjnego, zgodnie z jego statutem.

§ 6.
Tworzenie i likwidacja Funduszu

1.

1) W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do tworzenia nowych lub likwidacji oferowanych Funduszy, w tym do wycofywania ich z oferty.
2) Aktualna lista oferowanych przez Allianz Funduszy z grupy B zawarta jest w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro znajduje się na stronie internetowej Allianz.

2.

1) W przypadku likwidacji Funduszu, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej likwidacji, Allianz zawiadamia Uczestnika likwidowanego Funduszu o:
   a) nazwie likwidowanego Funduszu,
   b) dacie likwidacji Funduszu,
   c) terminie w jakim można złożyć wniosek o przeniesienie środków z likwidowanego Funduszu oraz wniosek o zmianę alokacji składki.
2) Dodatkowo informacja o likwidacji Funduszu zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.

3.

Jeżeli do daty likwidacji Funduszu jego Uczestnik nie wskaże innego Funduszu, do którego przenosi jednostki uczestnictwa likwidowanego Funduszu, z datą likwidacji zostaną one przeniesione do 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 14 dni przed dniem likwidacji Funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję przeniesienia środków bądź zmiany alokacji składki, która miałaby skutkować nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Allianz odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego.

6.

1) W przypadku utworzenia nowego Funduszu Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego. Informacja o utworzeniu nowego Funduszu zamieszczona zostanie na stronie internetowej Allianz.
2) Warunkiem określenia alokacji składki do nowego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienie środków do nowego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym zasady lokowania aktywów nowego Funduszu, a w przypadku Funduszy z grupy B dodatkowo z Wykazem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro, a także z prospektem informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki są inwestowane aktywa nowo tworzonego Funduszu.
3) Jeśli nowym funduszem jest Portfel Modelowy warunkiem określenia alokacji składki do nowego Portfela Modelowego lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do nowego Portfela Modelowego jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym Wykazem funduszy

inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych oraz aktualnym brzmieniem Regulaminu.

§ 7.
Koszty obciążające Fundusz

1.

1. Działalność Funduszu z grupy A 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 z grupy A finansowane są:
   1) koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Fundusz jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów,
   2) koszty zarządzania Funduszem przez Allianz odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Allianz (zwanego: „opłatą za zarządzanie").
3. Allianz pobiera opłatę za zarządzanie Funduszem z grupy A zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 1 pkt 5) o.w.u. w wysokości (w skali roku):

Fundusz Pieniężny	1,5%
Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych	2,0%
Fundusz Obligacji	2,0%
Fundusz Obligacji Globalnych	1,5%
Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,0%
Fundusz Aktywnej Alokacji	2,0%
Fundusz Dynamiczny	2,0%
Fundusz Akcji Plus	3,0%
Fundusz Selektywny	3,0%
Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek	3,0%
Fundusz Akcji Globalnych	3,0%
Fundusz Energetyczny	3,5%

4. Koszty działalności Funduszu z grupy A, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są ponoszone przez Allianz.

2.

1. Bezpośrednio z aktywów Portfela Modelowego finansowane są koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Portfela Modelowego, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Portfela Modelowego jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów.
2. Aktywa Portfela Modelowego obciążone są pośrednio opłatą za zarządzanie lub administrację, pobieraną przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, z uwagi na inwestowanie przez Portfele Modelowe głównie w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, których ceny uwzględniają opłaty za zarządzanie lub administrację. Wysokość opłaty za zarządzanie lub administrację, pobieranej przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, wskazana jest w statucie lub prospekcie informacyjnym poszczególnych funduszy inwestycyjnych.
3. Za administrowanie Portfelem Modelowym, Allianz pobiera opłatę administracyjną w wysokości 0,9% w skali roku, na zasadach opisanych w § 17 ust. 1 pkt 4) o.w.u., do których Regulamin stanowi załącznik.

3.

1. Aktywa Funduszu z grupy B obciążone są pośrednio opłatą za zarządzanie lub administrację, pobieraną przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, z uwagi na inwestowanie przez Fundusze z grupy B jedynie w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, których ceny uwzględniają wskazane opłaty za zarządzanie lub administrację. Wysokość opłaty za zarządzanie lub administrację, pobieranej przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, wskazana jest w statucie lub prospekcie informacyjnym poszczególnych funduszy inwestycyjnych.
2. Za administrowanie Funduszem z grupy B, Allianz pobiera opłatę administracyjną w wysokości 0,7% w skali roku, na zasadach opisanych w § 17 ust. 1 pkt 4) o.w.u., do których Regulamin stanowi załącznik.

4.

Allianz może czasowo obniżyć wysokość opłat, o których mowa w ust.1 pkt 3, ust.2 pkt 3 i ust.3 pkt 2. Informacja o aktualnej wysokości tych opłat i okresie obowiązywania danej stawki znajduje się na stronie internetowej Allianz oraz można ją uzyskać korzystając z infolinii Allianz.

§ 8.
Cel inwestycyjny Funduszy z grupy A

1. Celem inwestycyjnym Funduszy z grupy A jest wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat.
2. Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, określonego w pkt 1), w żadnym z Funduszy z grupy A wymienionych w § 1 ust. 2 pkt 1).
3. Wyniki Funduszy z grupy A osiągane w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.
4. Inwestycje w Fundusze z grupy A są obarczone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków.
5. Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem w wybrane Fundusze z grupy A, ponosi Ubezpieczający, z zastrzeżeniem ust. 2. Charakterystykę ryzyk inwestycyjnych określają postanowienia § 15.

§ 9.
Charakterystyka aktywów i kategorie dopuszczalnych lokat Funduszy z grupy A

1.

Aktywa Funduszy z grupy A mogą być inwestowane w następujące kategorie lokat:
1) akcje, warranty 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,
6) waluty.

2.

Dokonując lokat w kategorie lokat, o których mowa w ust. 1 pkt 1)- 2) aktywa Funduszy z grupy A 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, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim, a także na rynku zorganizowanym w państwie OECD innym niż Rzeczpospolita Polska i państwo członkowskie na następujących rynkach:
   a) Australia: ASX (Australian Securities Exchange),oraz Sydney Futures Exchange,
   b) Filipiny: The Philippine Stock Exchange (PSE),
   c) Hong Kong: Hong Kong Exchanges and Clearing Limited (HKEx) oraz Hong Kong Futures Exchange (HKG);
   d) Indonesia: Indonesia Stock Exchange (IDX);
   e) Islandia: NASDAQ OMX Iceland;
   f) Japonia: Nagoya Stock Exchange, Osaka Securities Exchange, Tokyo Stock Exchange;
   g) Kanada: The Montreal Exchange /Bourse de Montreal, TSX (Toronto Stock Exchange);
   h) Korea Południowa: Korea Exchange;
   i) Malaysia: Bursa Malaysia;
   j) Meksyk: Mexico Stock Exchange (Bolsa Mexicana de Valores);
   k) Norwegia: Oslo Bors (Oslo Stock Exchange),
   l) Nowa Zelandia: New Zeland Exchange Ltd;
   ł) Południowa Afryka: Johannesburg Stock Exchange (JSE);
   m) Singapur: Singapore Exchange (SGX);
   n) Stany Zjednoczone Ameryki: New York Stock Exchange (NYSE), NASDAQ, NZSE Mkt LLC, CBOT (Chicago Board of Trade), CBOE (Chicago Board Options Exchange), CME (Chicago Mercantile Exchange), ISE (International Securities Exchange), ICE Futires U.S., ICE (Intercontinental Exchange), NYMEX (New York Mercantile Exchange), NYSE Arca, NASDAQ OMX PHLX;
   o) Szwajcaria: SIX Swiss Exchange;
   p) Tajlandia: Stock Exchange of Thailand (SET), Thailand Futures Exchange (TFEX);
   r) Turcja: Borsa Istanbul, Turkdex Derivatives Exchange;
   s) Vietnam: Hanoi Stock Exchange(HNX), Ho Chi Minh Stock Exchange (HSX).
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 z grupy A.

3.

Fundusze z grupy A mogą inwestować swoje aktywa w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, zarówno w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu z grupy A jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.

§ 10.
Polityka inwestycyjna, kryteria doboru lokat, zasady dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne Funduszy z grupy A

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 wszechstronnej 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 Rzeczpospolita 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, rownież 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 wszechstronnej 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 Obligacji Globalnych

1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie do 100% aktywów w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa oraz certyfikaty inwestycyjne funduszy zagranicznych lub tytuły uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą Dobór instrumentu finansowego dokonywany jest na podstawie oceny czy strategia lub polityka inwestycyjna przyjęta w regulaminie danego funduszu inwestycyjnego lub instytucji wspólnego inwestowania opiera się na inwestowaniu co najmniej połowy aktywów w dłużne papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Rzeczpospolita Polska; połączonej z oceną sytuacji makroekonomicznej tego rynku, który jest przedmiotem ich lokat w danym czasie, w szczególności: poziomu stóp procentowych, poziomu wzrostu gospodarczego oraz poziomu inflacji. . Dodatkowo Allianz może inwestować do 40% aktywów Funduszu Obligacji Globalnych w obligacje, bony skarbowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego oraz 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 Obligacji Globalnych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
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.

9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji Globalnych pod warunkiem, że aktywa emitujących je 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 Obligacji Globalnych zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie

5.

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, warranty 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 wszechstronnej 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 § 9ust. 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.

6.

Fundusz Aktywnej Alokacji

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, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji będzie się zawierał w przedziale od 0% do 80%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu 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. Fundusz inwestuje zarówno w akcje największych spółek o solidnych fundamentach i Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji lokat oraz dużą zmiennością rodzaju lokat posiadanych w portfelu.
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 wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
5) Aktywa Funduszu Aktywnej Alokacji 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 80% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji.
9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji 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.

7.

Fundusz Dynamiczny

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, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego będzie się zawierał w przedziale od 60 % do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu 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 wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
5) Aktywa Funduszu Dynamicznego 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 Dynamicznego.
9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego 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.

8.

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, warranty 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 wszechstronnej 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.

9.

Fundusz Selektywny

1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektywnego 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. Allianz inwestuje aktywa Funduszu przede wszystkim w akcje spółek niedowartościowanych, biorąc pod uwagę prognozowane wyniki finansowe oraz kształtowanie się w przyszłości podstawowych wskaźników giełdowych. Allianz lokuje aktywa tego Funduszu w akcje spółek, co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wzrostu wyceny rynkowej ze względu na sytuację fundamentalną, atrakcyjność branży, w której prowadzą działalność, skład akcjonariatu czy będących potencjalnym celem przejęcia.
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 wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
5) Aktywa Funduszu Selektywnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt. 1-5.
6) Allianz 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 Selektywnego.
9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektywnego 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.

10.

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 wszechstronnej 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.

Fundusz Akcji Globalnych

1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych oraz tytułu uczestnictwa instytucji wspólnego inwestowania mających siedzibę za granicą, wybierane na podstawie oceny czy strategia lub polityka inwestycyjna przyjęta w regulaminie danego funduszu inwestycyjnego lub instytucji wspólnego inwestowania opiera się na inwestowaniu co najmniej połowy aktywów w akcje dopuszczone do obrotu na rynku zorganizowanym w państwie innym niż Rzeczypospolita Polska. Udział tych inwestycji instrumentów finansowych w aktywach Funduszu będzie się zawierał w przedziale od 60% do 100%. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu inwestowane są w akcje i obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje, takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe listy zastawne lub instrumenty pochodne. 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 Funduszu w dane instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu 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 wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
5) Aktywa Funduszu Akcji Globalnych 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.
9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Globalnych pod warunkiem, że aktywa emitujących je 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 Akcji Globalnych zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie

12.

Fundusz Energetyczny

1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie co najmniej 60% aktywów Funduszu Energetycznego w akcje i inne instrumenty finansowe, spółek, które prowadzą działalność w zakresie poszukiwania lub pozyskiwania energii ze źródeł alternatywnych, w szczególności z gazu łupkowego i ropy naftowej z łupków, energii wiatrowej, energii wodnej, energii prądów morskich, pływów lub falowania, energii słonecznej, biogazu i biomasy. W ramach limitu określonego w zdaniu poprzedzającym aktywa Funduszu Energetycznego inwestowane są również w akcje spółek prowadzących działalność w zakresie szerokorozumianego dostarczania technologii oraz elementów infrastruktury związanej z transportem, wytwarzaniem lub przetwarzaniem energii gazu i ropy; jak również w akcje spółek prowadzących działalność w zakresie wytwarzana urządzeń do pozyskania, transportu i przetwarzania energii gazu i ropy, spółek zajmujących się transportem energii, gazu lub ropy oraz spółek w innych sektorach, dla których koszty energii stanowią znaczną część kosztów produkcji. W pozostałym zakresie aktywa Funduszu Energetycznego 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 i inne instrumenty finansowe spółek, co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wzrostu wyceny rynkowej ze względu na ich sytuację fundamentalną, dobrą perspektywę rozwoju lub atrakcyjność działalności danej spółki. Ponadto aktywa Funduszu inwestowane są w takie spółki które wykazują dobrą relację wyceny na danym rynku regulowanym w stosunku do wartość fundamentalnej spółki, które prowadzą rzetelną politykę informacyjną, i mogą, według kryteriów określonych przez Fundusz, osiągnąć co najmniej 10-procentowy zwrot z kapitału poprzez koncentrowanie się na zyskownych i innowacyjnych przedsięwzięciach.
3) Proporcje między lokatami Funduszu w dane instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
4) Aktywa Funduszu Energetycznego 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 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.
7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego.
8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 2), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego.
9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 9 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Energetycznego pod warunkiem, że aktywa emitujących je 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 Energetyczny zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w niniejszym Regulaminie

§ 11.
Zmiana zasad lokowania aktywów Funduszu z grupy A

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Funduszy z grupy A (tj. polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie).

2.

1) W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Funduszu z grupy A, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadamia Uczestnika o terminie i wprowadzanych zmianach. Dodatkowo informacja o zmianie zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
2) Warunkiem określenia alokacji składki do zmienionego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do zmienionego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym nowe zasady lokowania aktywów zmienionego Funduszu.

§ 12.
Charakterystyka aktywów oraz cel, strategia i polityka inwestycyjna Funduszy z grupy B

1.

Jedynymi aktywami wchodzącymi w skład Funduszu z grupy B są nabyte przez ten Fundusz jednostki uczestnictwa stosownego funduszu inwestycyjnego. Aktywa Funduszu z grupy B mogą stanowić wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego i jest to jedyne kryterium doboru aktywów Funduszu.

2.

Celem inwestycyjnym Funduszy z grupy B jest wzrost wartości ich aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat. Polityka inwestycyjna Funduszy z grupy

B jest tożsama z polityką inwestycyjną odpowiednich funduszy inwestycyjnych zarządzanych przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, w które lokowane są środki Funduszy z grupy B i określona została w ich statutach.

3.

Wszystkie Fundusze z grupy B dostępne w ramach umowy ubezpieczenia zostały wskazane w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

4.

Szczegółowe zasady lokowania środków funduszu inwestycyjnego, obejmujące w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne są zawarte w odpowiednim prospekcie informacyjnym funduszu inwestycyjnego, w który lokowane są środki Funduszu z grupy B. Aktualne na dzień dokonania inwestycji prospekty informacyjne funduszy inwestycyjnych dostępne są na stronach internetowych odpowiednich Towarzystw Funduszy Inwestycyjnych zarządzających danym funduszem inwestycyjnym, wskazanych w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro.

5.

Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego Funduszy z grupy B.

6.

Inwestycje w Fundusze z grupy B są obarczone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków. Stopa zwrotu z jednostek uczestnictwa z poszczególnych Funduszy z grupy B uzależniona jest od stopy zwrotu z jednostek funduszy inwestycyjnych, w które inwestuje dany Fundusz z grupy B.

7.

Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki uczestnictwa poszczególnych Funduszy z grupy B ponosi Ubezpieczający. Charakterystyka ryzyk inwestycyjnych opisana jest w § 15 oraz w prospektach informacyjnych poszczególnych funduszy inwestycyjnych.

8.

Wyniki Funduszy z grupy B osiągane w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.

§ 13.
Charakterystyka aktywów oraz cel, strategia i polityka inwestycyjna Portfeli Modelowych

1.

1) Jedynymi aktywami wchodzącymi w skład ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego będącego Portfelem Modelowym są nabyte przez ten Fundusz jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
2) Aktualna lista funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych zawarta jest w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych i znajduje się na stronie internetowej Allianz.
3) Przy konstrukcji poszczególnych Portfeli Modelowych brany jest przede wszystkim pod uwagę cel inwestycyjny danego Portfela Modelowego oraz zakładany poziom ryzyka inwestycyjnego. Dobór funduszy inwestycyjnych oraz udział poszczególnych funduszy inwestycyjnych w danym Portfelu Modelowym jest uzależniony między innym od:
   a) oceny aktualnej sytuacji rynkowej i jej perspektyw,
   b) strategii inwestycyjnej danego funduszu inwestycyjnego i sposobu jej realizacji,
   c) osiąganych przez fundusze inwestycyjne wyników inwestycyjnych (w różnych okresach porównawczych),
   d) kwalifikacji i doświadczenia zarządzających poszczególnymi funduszami inwestycyjnymi.
4) W celu zapewnienia płynności maksymalnie 20% aktywów Portfela Modelowego może być lokowane w depozyty bankowe.
5) W sytuacji kiedy wartość depozytów, o których mowa w pkt. 4, nie wystarcza na zrealizowanie, w terminach określonych w Regulaminie, dyspozycji Ubezpieczającego skutkującej wycofaniem środków z Portfela Modelowego, Allianz zastrzega sobie prawo do:
   a) zaciągnięcia, wyłącznie w bankach krajowych lub instytucjach kredytowych, pożyczki lub kredytu o terminie spłaty do jednego miesiąca, w łącznej wysokości nie przekraczającej 20% wartości aktywów Portfela Modelowego w chwili zawarcia umowy pożyczki lub kredytu,
   b) wydłużenia terminu realizacji dyspozycji, o których mowa w § 5 ust. 2 pkt. 1, do 10 dni roboczych, licząc od następnego dnia po Dniu rejestracji dyspozycji w systemie obsługi polis Allianz.

2.

Charakterystyka Portfeli Modelowych

2.1. Portfel Stabilnego Wzrostu

1) Celem inwestycyjnym Portfela Stabilnego Wzrostu jest uzyskanie długoterminowego wzrostu wartości lokowanych środków przy ograniczonym poziomie ryzyka inwestycyjnego.
2) W skład Portfela Stabilnego Wzrostu mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Stabilnego Wzrostu	Maksymalny udział w Portfelu Stabilnego Wzrostu
fundusze inwestycyjne akcyjne	20%	40%
fundusze inwestycyjne dłużne	60%	80%
depozyty bankowe	0%	20%

2.2. Portfel Aktywnej Alokacji

1) Celem inwestycyjnym Portfela Aktywnej Alokacji jest ochrona kapitału w okresach dekoniunktury na rynkach akcji oraz możliwie wysoki wzrost wartości lokowanych środków w okresach wzrostu cen akcji.
2) W skład Portfela Aktywnej Alokacji mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Aktywnej Alokacji	Maksymalny udział w Portfelu Aktywnej Alokacji
fundusze inwestycyjne akcyjne	0%	100%
fundusze inwestycyjne dłużne	0%	100%
depozyty bankowe	0%	20%

2.3. Portfel Dynamiczny

1) Celem inwestycyjnym Portfela Dynamicznego jest uzyskanie możliwie wysokiego wzrostu wartości lokowanych środków w długim horyzoncie czasowym przy podwyższonym ryzyku inwestycyjnym.
2) W skład Portfela Dynamicznego mogą wchodzić jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wymienionych w Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z uwzględnieniem następujących ograniczeń:

	Minimalny udział w Portfelu Dynamicznym	Maksymalny udział w Portfelu Dynamicznym
fundusze inwestycyjne akcyjne	80%	100%
fundusze inwestycyjne dłużne	0%	20%
depozyty bankowe	0%	20%

3.

Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego Portfeli Modelowych. Inwestycje w Portfele Modelowe są obarczone ryzykiem utraty przynajmniej części zainwestowanych środków.

4.

Wyniki Portfeli Modelowych osiągane w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwania przyszłych wyników inwestycyjnych tych Portfeli.

5.

Ryzyka inwestycyjne związane z inwestowaniem w wybrane Portfele Modelowe ponosi Ubezpieczający. Charakterystykę ryzyk inwestycyjnych określają postanowienia § 15.

§ 14.
Zmiana zasad lokowania aktywów Portfela Modelowego

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Portfeli Modelowych (tj. polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie).

2.

1) W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Portfela Modelowego, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadamia Uczestnika o terminie i wprowadzanych zmianach. Dodatkowo informacja o zmianie zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
2) Warunkiem określenia alokacji składki do zmienionego Portfela Modelowego lub złożenia dyspozycji przeniesienia

środków do zmienionego Portfela Modelowego jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym nowe zasady lokowania aktywów zmienionego Portfela Modelowego oraz z aktualnym Wykazem funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych

§ 15.
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. Nieterminowe 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 wielkość 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:**
   a) **wyceny wartości jednostki uczestnictwa danego funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Fundusz z grupy B lub Portfel Modelowy,** spowodowane brakiem możliwości ustalenia wartości aktywów tego funduszu inwestycyjnego. Zawieszenie może wynikać z zawieszenia obrotu na giełdzie, gdzie notowane są instrumenty finansowe wchodzące w skład aktywów funduszu inwestycyjnego lub z braku możliwości ustalenia wartości godziwej istotnej części aktywów danego funduszu inwestycyjnego. Dodatkowo, w razie wystąpienia takiej sytuacji Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych zarządzające danym funduszem inwestycyjnym może podjąć decyzję o zawieszeniu odkupowania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, co będzie oznaczać dla Uczestników danego Funduszu brak możliwości natychmiastowego zamknięcia inwestycji,
   b) **wyceny wartości instrumentów finansowych, w które inwestuje Fundusz z grupy A** – 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 z grupy A, co będzie oznaczać dla Uczestników danego Funduszu z grupy A brak możliwości natychmiastowego zamknięcia inwestycji.
8. **Ryzyko otwarcia likwidacji funduszu inwestycyjnego**, którego jednostki uczestnictwa są przedmiotem lokat Funduszy. Fundusze inwestycyjne ulegają rozwiązaniu po wystąpieniu przesłanek określonych w Ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych lub statutach funduszy inwestycyjnych.
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.

§ 16.
Postanowienia końcowe

1.

Informacje o zmianach w „Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla Planu na dziś i jutro" lub w „Wykazie funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych", niewpływających na cel, charakterystykę lub strategię inwestycyjną Funduszy z grupy B lub Portfeli Modelowych, Allianz zamieszcza na stronie internetowej Allianz. Informacje, o których mowa w zdaniu poprzednim dotyczyć mogą: zmiany nazw funduszy inwestycyjnych lub zarządzających nimi Towarzystw Funduszy Inwestycyjnych albo zmiany spowodowanej przekształceniem funduszy inwestycyjnych lub też dodaniem nowych funduszy inwestycyjnych.

2.

Przy uwzględnieniu zapisów § 1 ust. 3 Regulaminu, w sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

3.

Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 233/2015 i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.

Veit Stutz	Krzysztof Szypuła	Radosław Kamiński
Prezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek	Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu	Wiceprezes Zarządu

Allianz

Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z grupy B dla ubezpieczenia Plan na dziś i jutro z dnia 16.06.2016 r. **mający zastosowanie dla umów ubezpieczenia zawartych od dnia 16.06.2016 r.**

Lp.	Nazwa UFK Allianz	Nazwa funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	Nazwa Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI)	KOD FUNDUSZU	Adres strony internetowej zawierającej informacje o funduszu inwestycyjnym
	Stabilnego wzrostu, Zrównoważone, Mieszane (PLN)				
1	Allianz Defensywna Mulistrategia	Allianz Defensywna Multistrategia (Allianz SFIO)	TFI Allianz Polska S.A.	AZ-DEFMULT	www.allianz.pl
2	Allianz Zbalansowana Multistrategia	Allianz Zbalansowana Multistategia (Allianz SFIO)	TFI Allianz Polska S.A.	AZ-ZBAMLT	www.allianz.pl
	Akcyjne (PLN)				
3	Allianz Dynamiczna Multistrategia	Allianz Dynamiczna Multistategia (Allianz SFIO)	TFI Allianz Polska S.A.	AZ-DYNMULT	www.allianz.pl

ZYULTRN-FUNDS02 06/17

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).

Allianz

Wykaz funduszy inwestycyjnych, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych z dnia 27.07.2018 r.

Fundusze, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych Polskich

Lp.	Nazwa funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Portfel Modelowy	Nazwa Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI)	Adres strony internetowej zawierającej informacje o funduszu inwestycyjnym
	Fundusze inwestycyjne dłużne		
1	Allianz Obligacji Globalnych – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
2	Allianz Obligacji Plus – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
3	Allianz Obligacji Zmiennokuponowych – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
4	Allianz Pieniężny – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
5	Allianz PIMCO Emerging Local Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
6	Allianz PIMCO Emerging Markets Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
7	Allianz PIMCO Global Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
8	Allianz PIMCO Global High Yield Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
9	Allianz PIMCO Global Investment Grade Credit – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
10	Allianz PIMCO Global Low Duration Real Return – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
11	Allianz PIMCO Income – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
12	Allianz Polskich Obligacji Skarbowych – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
13	Allianz Structured Return – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
14	Allianz US Short Duration High Income Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
15	Aviva Investors Dłużnych Papierów Korporacyjnych – subfundusz Aviva Investors FIO	Aviva Investors Poland TFI S.A.	www.aviva.pl
16	Aviva Investors Obligacji – subfundusz Aviva Investors FIO	Aviva Investors Poland TFI S.A.	www.aviva.pl
17	Pekao Gotówkowy – subfundusz Pekao Funduszy Globalnych SFIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl
18	Pekao Obligacji – Dynamiczna Alokacja FIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl
19	Pekao Obligacji Plus – subfundusz Pekao FIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl
	Fundusze inwestycyjne akcyjne		
1	Allianz Akcji – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
2	Allianz Akcji Globalnych – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
3	Allianz Akcji Małych i Średnich Spółek – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
4	Allianz Akcji Rynków Wschodzących – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
5	Allianz Aktywnej Alokacji – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
6	Allianz Artificial Intelligence – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
7	Allianz Defensywna Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
8	Allianz Dynamiczna Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
9	Allianz Europe Equity Growth Select – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
10	Allianz Global Metals and Mining – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
11	Allianz Globalny Stabilnego Dochodu – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
12	Allianz India Equity – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
13	Allianz Małych Spółek Europejskich – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
14	Allianz Selektywny – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
15	Allianz Stabilnego Wzrostu – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
16	Allianz Surowców i Energii – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
17	Allianz Zbalansowana Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
18	Aviva Investors Małych Spółek – subfundusz Aviva Investors FIO	Aviva Investors Poland TFI S.A.	www.aviva.pl
19	Aviva Investors Nowych Spółek – subfundusz Aviva Investors FIO	Aviva Investors Poland TFI S.A.	www.aviva.pl
20	Aviva Investors Polskich Akcji – subfundusz Aviva Investors FIO	Aviva Investors Poland TFI S.A.	www.aviva.pl
21	Pekao Akcji Polskich – subfundusz Pekao FIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl
22	Pekao Dynamicznych Spółek – subfundusz Pekao FIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl
23	Pekao Małych i Średnich Spółek Rynku Polskiego – subfundusz Pekao FIO	Pekao TFI S.A.	www.pekaotfi.pl

Fundusze, które mogą wchodzić w skład Portfeli Modelowych Zagranicznych

Lp.	Nazwa funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Portfel Modelowy Zagraniczny	Nazwa Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI)	Adres strony internetowej zawierającej informacje o funduszu inwestycyjnym
	Fundusze inwestycyjne dłużne		
1	Allianz Obligacji Globalnych – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
2	Allianz Obligacji Zmiennokuponowych – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
3	Allianz Pieniężny – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
4	Allianz PIMCO Emerging Local Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
5	Allianz PIMCO Emerging Markets Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
6	Allianz PIMCO Global Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
7	Allianz PIMCO Global High Yield Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
8	Allianz PIMCO Global Investment Grade Credit – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl

ZYAI-FUNDPM17 06/18

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).

Lp.	Nazwa funduszu inwestycyjnego, w który inwestuje Portfel Modelowy Zagraniczny	Nazwa Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych (TFI)	Adres strony internetowej zawierającej informacje o funduszu inwestycyjnym
9	Allianz PIMCO Global Low Duration Real Return – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
10	Allianz PIMCO Income – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
11	Allianz Structured Return – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
12	Allianz US Short Duration High Income Bond – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
13	Fidelity Funds Global Strategic Bond Fund PLN (Hedged)	Fidelity Worldwide Investment	www.fidelityworldwideinvestment.com
14	FTIF – Templeton Global Bond Fund PLN (Hedged)	Franklin Templeton Investment Funds	www.franklintempleton.pl
15	FTIF – Templeton Global Total Return Fund PLN (Hedged)	Franklin Templeton Investment Funds	www.franklintempleton.pl
16	JPMorgan Funds-Global Strategic Bond Fund PLN (Hedged)	JPMorgan ASSET MANAGEMENT	www.jpmorganassetmanagement.lu
17	JPMorgan Investment Funds-Global High Yield Bond Fund PLN (Hedged)	JPMorgan ASSET MANAGEMENT	www.jpmorganassetmanagement.lu
18	Schroder Emerging Markets Debt Absolute Return PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/
19	Schroder International Selection Fund Asian Convertible Bond PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/
20	Schroder International Selection Fund Global High Income Bond PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/
	Fundusze inwestycyjne akcyjne		
1	Allianz Akcji Globalnych – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
2	Allianz Akcji Rynków Wschodzących – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
3	Allianz Artificial Intelligence – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
4	Allianz Defensywna Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
5	Allianz Dynamiczna Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
6	Allianz Europe Equity Growth Select – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
7	Allianz Global Metals and Mining – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
8	Allianz Globalny Stabilnego Dochodu – subfundusz Allianz FIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
9	Allianz India Equity – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
10	Allianz Małych Spółek Europejskich – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
11	Allianz Zbalansowana Multistrategia – subfundusz Allianz SFIO	TFI Allianz Polska S.A.	www.allianz.pl
12	Fidelity Funds America PLN (Hedged)	Fidelity Worldwide Investment	www.fidelityworldwideinvestment.com
13	Fidelity Funds Emerging Asia Fund PLN (Hedged)	Fidelity Worldwide Investment	www.fidelityworldwideinvestment.com
14	Fidelity Funds Emerging Europe, Middle East and Africa Fund PLN (Hedged)	Fidelity Worldwide Investment	www.fidelityworldwideinvestment.com
15	FTIF – Franklin Natural Resources Fund PLN (Hedged)	Franklin Templeton Investment Funds	www.franklintempleton.pl
16	FTIF – Franklin U.S. Opportunities Fund PLN (Hedged)	Franklin Templeton Investment Funds	www.franklintempleton.pl
17	FTIF – Templeton Latin America Fund PLN (Hedged)	Franklin Templeton Investment Funds	www.franklintempleton.pl
18	Schroder Alternative Solutions Gold and Precious Metals Fund PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/
19	Schroder International Selection Fund Asian Opportunities PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/
20	Schroder International Selection Fund Frontier Markets Equity PLN (Hedged)	Schroder Investment Management	www.schroders.com/poland/home/

Allianz

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 działów 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. Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu 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 począwszy 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 dożycie, 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.).

ZYPRO-AZ05 12/15

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkowi nie podlega:

a) nie podlega 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 zakładowi 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.

Tabela

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Ubezpieczenia życiowe

Allianz

Allianz

Tabela oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku

Zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 64/2006 z dnia 12.06.06 i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.

A.	USZKODZENIA GŁOWY		
			Procent uszczerbku na zdrowiu
1.		**Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):**	
	a)	Znaczne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpecące, ściągające blizny – w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn itp. Utrata skóry owłosionej – oskalpowanie (w zależności od powierzchni):	1-10
	b)	poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej	1-10
	c)	od 25% do 75% powierzchni skóry owłosionej	11-20
	d)	powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej	21-30
UWAGA: W przypadku skutecznej replantacji skalpu lub uzupełnienia ubytku skóry owłosionej przeszczepem skóry oraz odtworzenia własnego owłosienia należy oceniać według punktu 1 a.			
2.		**Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki w zależności od rozległości wgłobień i fragmentacji**	1-10
3.		**Ubytki w kościach sklepienia czaszki o łącznej powierzchni – w zależności od rozmiarów:**	
	a)	poniżej 10 cm^2	1-10
	b)	od 10 do 50 cm^2	11-15
	c)	powyżej 50 cm^2	16-25
UWAGA: – Jeżeli powstały ubytek kości został uzupełniony operacją plastyczną z dobrym efektem, wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu, ocenioną według powyższej zasady należy zmniejszyć o połowę. – Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości czaszki (poz. 2 i 3) występują jednocześnie uszkodzenia powłok czaszki (poz. 1), należy osobno oceniać stopień uszczerbku za uszkodzenia lub ubytki kości według punktu 2 lub 3 i osobno za uszkodzenia powłok czaszki według punktu 1.			
4.		**Utrwalone, utrzymujące się powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w poz. 1, 2, 3 w postaci: nawracającego płynotoku usznego lub nosowego, przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepcowej – ocenia się dodatkowo – w zależności od rodzaju i stopnia powikłań**	1-15
5.		**Porażenia i niedowłady pochodzenia mózgowego (uwzględniając skalę Lovetta lub odpowiednio Ashwortha):**	
	a)	porażenie połowicze, porażenie kończyn dolnych uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
	b)	głęboki niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych znacznie utrudniający sprawność kończyn (2° do 3° według skali Lovetta lub 4°-3° według skali Ashwortha)	60-80
	c)	średniego stopnia niedowład połowiczy lub niedowład obu kończyn dolnych (3°-4° według skali Lovetta lub 3°-2° według skali Ashwortha)	40-60
	d)	nieznacznego stopnia (niewielki, dyskretny) niedowład połowiczy lub obu kończyn dolnych (4° lub 4/5° według skali Lovetta lub 2-1°,1° według skali Ashwortha), dyskretny deficyt siły przy obecności zaburzeń napięcia mięśniowego, niedostatecznej precyzji ruchów itp.	5-40
	e)	porażenie kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha) z niedowładem kończyny dolnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha): – prawej – lewej	 70-90 60-80
	f)	niedowład kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha) z porażeniem kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha): – prawej – lewej	 70-90 60-80
	g)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	 50-60 40-50
	h)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (2°-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	 30-50 20-40
	i)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny górnej (3-4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha): – prawa – lewa	 10-30 5-20
	j)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (0-1° według skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha):	40-50
	k)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (2-2/3° według skali Lovetta lub 4-3° według skali Ashwortha):	25-40
	l)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (3-3/4° według skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	15-25
	ł)	monoparezy pochodzenia ośrodkowego dotyczące kończyny dolnej (4-4/5 ° według skali Lovetta lub 2/1,1° według skali Ashwortha)	5-15

INZY-TO04 10/15

UWAGA:
– W przypadku współistnienia zaburzeń mowy pochodzenia ośrodkowego oceniać dodatkowo według punktu 11 uwzględniając, że całkowity uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia mózgu nie może przekroczyć 100%.
– W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi należy oceniać według punktu od 5 j do 5 ł oddzielnie dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTA
0° – brak czynnego skurczu mięśnia – brak siły mięśniowej,
1° – ślad czynnego skurczu mięśnia – 5% prawidłowej siły mięśniowej,
2° – wyraźny skurcz mięśnia i zdolność wykonania ruchu przy pomocy i odciążeniu odcinka ruchomego – 20% prawidłowej siły mięśniowej,
3° – zdolność do wykonywania ruchu czynnego samodzielnego z pokonaniem ciężkości danego odcinka – 50% prawidłowej siły mięśniowej,
4° – zdolność do wykonania czynnego ruchu z pewnym oporem – 80% prawidłowej siły mięśniowej
5° – prawidłowa siła, tj. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem – 100% prawidłowej siły mięśniowej

SKALA ASHWORTHA
1 – brak wzmożonego napięcia mięśniowego
2 – nieznaczny wzrost napięcia mięśniowego występujący w trakcie zgięcia lub prostowania kończyny
3 – bardziej zaznaczony wzrost napięcia mięśniowego, ale dotknięta część łatwo poddaje się zginaniu
4 – wyraźny wzrost napięcia mięśniowego, ruch bierny trudny do wykonania
5 – sztywność badanego odcinka podczas zgięcia i prostowania

6.	**Zespoły pozapiramidowe:**		
	a)	utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki osób trzecich	100
	b)	znacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	41-70
	c)	średniego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	21-40
	d)	nieznacznego stopnia zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju i samoobsługę, nie wymagający opieki osób trzecich	11-20
	e)	zaznaczony zespół pozapiramidowy	5-10
7.	**Zaburzenia równowagi i zaburzenia sprawności ruchowej (ataksja, dysmetria) pochodzenia centralnego, zespoły móżdżkowe:**		
	a)	uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie	100
	b)	utrudniające w dużym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	41-80
	c)	utrudniające w miernym stopniu chodzenie i sprawność ruchową	11-40
	d)	utrudniające w niewielkim stopniu chodzenie i sprawność ruchową, dyskretne upośledzenie zborności i precyzji ruchów	1-10
8.	**Padaczka (leczona) jako izolowane następstwo uszkodzenia mózgu:**		
	a)	padaczka z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem uniemożliwiająca samodzielną egzystencję	71-100
	b)	padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi znacznie utrudniająca samodzielne funkcjonowanie	50-70
	c)	padaczka z bardzo częstymi napadami uogólnionymi – 3 napady w tygodniu i więcej	31-40
	d)	padaczka z napadami uogólnionymi – powyżej 2 na miesiąc	21-30
	e)	padaczka z napadami uogólnionymi – 2 i mniej na miesiąc	11-20
	f)	padaczka z napadami o różnej morfologii – bez utrat przytomności	1-10

UWAGA:
Podstawą rozpoznania padaczki są: powtarzające się napady padaczkowe, typowe zmiany EEG, dokumentacja ambulatoryjna względnie szpitalna potwierdzające rozpoznanie. Rozpoznanie powinno zostać potwierdzone przez lekarza neurologa lub psychiatrę. Podejrzenie padaczki nie jest wystarczające do uznania uszczerbku z tego tytułu. Wskazane jest wykonanie badań CT i NMR dla wykluczenia przyczyn nieurazowych.

9.	**Zaburzenia neurologiczne i psychiczne spowodowane organicznym uszkodzeniem mózgu (encefalopatie) – wykluczonez odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.**		
10.	**Zaburzenia adaptacyjne, nerwice, tzw. zespoły cerebrasteniczne i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych – wykluczone z odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie Ogólnych Warunków Umowy Ubezpieczenia.**		
11.	**Zaburzenia mowy:**		
	a)	afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją	100
	b)	afazja całkowita motoryczna	60
	c)	afazja w znacznym stopniu utrudniająca porozumiewanie się	41-59
	d)	afazja w umiarkowanym i niewielkim stopniu utrudniająca porozumiewanie się	21-40
	e)	afazja nieznacznego stopnia, afazja amnestyczna, dyskretne zaburzenia mowy, dysfazja	10-20
12.	**Pourazowe zespoły podwzgórzowe i inne utrwalone zaburzenia wewnątrzwydzielnicze z potwierdzonym pochodzeniem ośrodkowym (moczówka prosta, cukrzyca, nadczynność tarczycy itp.):**		
	a)	znacznie upośledzające czynność ustroju	31-50
	b)	nieznacznie upośledzające czynność ustroju	20-30
13.	**Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej (nerwy: okoruchowy, bloczkowy, odwodzący):**		
	a)	z objawami dwojenia obrazu, opadania powieki i zaburzeniami akomodacji	21-30
	b)	z objawami dwojenia obrazu i opadania powieki	11-20
	c)	z objawami dwojenia obrazu bez opadania powieki	5-10
	d)	zaburzenia akomodacji lub inne zaburzenia czynności mięśni wewnętrznych oka	1-10
14.	**Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego – w zależności od stopnia uszkodzenia:**		
	a)	czuciowe (w tym neuralgia pourazowa)	1-10
	b)	ruchowe	1-10
	c)	czuciowo-ruchowe	2-20

15.	**Uszkodzenie nerwu twarzowego:**		
	a)	obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki	20
	b)	obwodowe częściowe w zależności od nasilenia dolegliwości	3-19
	c)	izolowane uszkodzenie centralne	2-10
UWAGA: – Współistnienie uszkodzenia nerwu twarzowego z pęknięciem kości skalistej oceniać według punktu 49. – Uszkodzenie centralne nerwu twarzowego współistniejące z innymi objawami świadczącymi o uszkodzeniu mózgu oceniać według punktu 5.			
16.	**Utrwalone uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego – w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i funkcji przewodu pokarmowego:**		
	a)	dużego stopnia	26-50
	b)	średniego stopnia	11-25
	c)	niewielkiego stopnia	5-10
17.	**Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego – w zależności od stopnia uszkodzenia**		3-15
18.	**Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego – w zależności od stopnia uszkodzenia**		5-20
UWAGA: Jeżeli uszkodzeniom nerwów czaszkowych towarzyszą inne uszkodzenia mózgu należy oceniać według punktu 5.			
B.	**USZKODZENIA TWARZY**		
19.	**Uszkodzenia powłok twarzy (blizny i ubytki):**		
	a)	oszpecenia – widoczne, szpecące, rozległe (powyżej 2 cm długości lub powyżej 1,5 cm^2 powierzchni) blizny i ubytki bez zaburzeń funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy	1-10
	b)	oszpecenia z miernymi zaburzeniami funkcji – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	5-25
	c)	oszpecenia połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (sumując ocenę za oszpecenie z oceną poszczególnych zaburzeń funkcji – przyjmowania pokarmów, zaburzeń oddychania, mowy, zaburzenia funkcji powiek itp.) – w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz stopnia zaburzeń funkcji po optymalnej korekcji	26-60
	d)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	5
UWAGA: – Jeżeli blizny dotyczą nosa oceniać łącznie według punktu 20. – Jeżeli uszkodzenie nosa wchodzi w zespół uszkodzeń objętych punktem 19, należy stosować ocenę według punktu 19.			
20.	**Uszkodzenia nosa (w tym złamania kości nosa, przegrody nosa, uszkodzenia części chrzęstnej, ubytki części miękkich):**		
	a)	widoczne, szpecące zniekształcenie nosa, utrzymujące się po korekcji, bez zaburzeń oddychania i powonienia – w zależności od rozległości uszkodzenia	1-5
	b)	uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania utrzymującymi się po korekcji – w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania	6-15
	c)	uszkodzenie struktury chrzęstno-kostnej nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia, utrzymujące się po korekcji – w zależności od stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu	10-19
	d)	zaburzenia lub utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszki	2-5
	e)	utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kośćmi nosa)	21-30
UWAGA: Zalecone jest potwierdzenie utraty powonienia obiektywnymi badaniami.			
21.	**Utrata zębów – niezależnie od uzupełnienia protetycznego:**		
	a)	stałe siekacze i kły – za każdy ząb:	
		I. utrata częściowa korony (poniżej 1/2 korony)	0,5
		II. utrata całkowita korony z zachowaniem korzenia (co najmniej 1/2 korony)	1
		III. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	2
	b)	pozostałe zęby – za każdy ząb:	
		I. utrata korony (co najmniej 1/2 korony)	0,5
		II. całkowita utrata zęba wraz z korzeniem	1
	c)	utrata zęba mlecznego	0,5
UWAGA: Przy skojarzonej utracie zębów z utratą szczęki lub żuchwy oceniać według punktu 23.			
22.	**Złamania kości oczodołu, kości szczękowych, kości jarzmowej w zależności od zrostu w przemieszczeniu, utrwalonych zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, zaburzeń czucia:**		
	a)	nieznacznego stopnia	1-5
	b)	znacznego stopnia	6-10
UWAGA: – W przypadku urazu oczodołu z dwojeniem obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku, należy oceniać dodatkowo według punktu 13c, w przypadku zaburzeń ostrości wzroku według tabeli do punktu 27a. – W przypadku pojawienia się dużych deficytów neurologicznych dotyczących unerwienia twarzy orzekać dodatkowo z punktu właściwego dla danego nerwu. – Jeżeli uszkodzeniom kości twarzoczaszki towarzyszy oszpecenie oceniać jedynie według punktu 19. – W przypadku złamania żuchwy z innymi kośćmi twarzoczaszki, następstwa uszkodzeń żuchwy oceniać oddzielnie od złamania pozostałych kości twarzoczaszki – dodatkowo z punktu 24.			
23.	**Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów – w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:**		
	a)	częściowa	10-35

	b)	całkowita	36-50
24.	**Złamania żuchwy wygojone z przemieszczeniem odłamów:**		
	a)	bez zaburzeń czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zniekształcenia i rozwarcia szczęk	1-5
	b)	z zaburzeniami czynności stawu żuchwowo-skroniowego – w zależności od stopnia zaburzeń żucia i rozwarcia szczęk	6-10
25.	**Ubytek podniebienia**		
	a)	bez zaburzeń połykania	5-10
	b)	z zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	11-25
	c)	z dużymi zaburzeniami mowy i połykania – w zależności od stopnia zaburzeń	26-40
26.	**Ubytki i urazy języka – w zależności od wielkości ubytków, zniekształceń, zaburzeń mowy, trudności w połykaniu:**		
	a)	ubytki języka – ubytki niewielkiego stopnia bez zaburzeń mowy	1-3
	b)	ubytki i zniekształcenia języka średniego stopnia upośledzające odżywianie i mowę w stopniu nieznacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	4-15
	c)	duże ubytki języka i znaczne zniekształcenia, upośledzające odżywianie i mowę w stopniu umiarkowanie i znacznie utrudniającym porozumiewanie się, w zależności od stopnia	16-40
	d)	całkowita utrata języka	50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

UWAGA:
– Ostrość wzroku zawsze określa się po optymalnej korekcji szkłami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.
– Ocenę końcową należy pomniejszyć o ewentualne wcześniejsze upośledzenie ostrości wzroku.

27.	**Obniżenie ostrości wzroku bądź utrata jednego lub obu oczu:**		
	a)	przy obniżeniu ostrości wzroku lub utracie wzroku jednego lub obu oczu, trwały uszczerbek ocenia się według Tabeli (tabela do punktu 27a – str. 5)	
	b)	utrata wzroku jednego oka z jednoczesnym wyłuszczeniem gałki ocznej	40

UWAGA:
– Wartość uszczerbku w punkcie 27 b obejmuje oszpecenie związane z wyłuszczeniem gałki ocznej.
– W przypadku utrwalonego dwojenia obrazu bez zaburzeń ostrości wzroku oceniać według punktu 13 c.

28.	**Porażenie nastawności (akomodacji) przy braku zaburzeń ostrości wzroku po korekcji:**		
	a)	jednego oka	15
	b)	obu oczu	30
29.	**Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych:**		
	a)	z zaburzeniami ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
	b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
30.	**Uszkodzenie gałki ocznej – wskutek urazów drążących:**		
	a)	z zaburzeniami ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
	b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
31.	**Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, spowodowanych promieniowaniem elektromagnetycznym oraz energią elektryczną:**		
	a)	w zależności od zaburzeń ostrości wzroku według tabeli do punktu 27 a	
	b)	z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej – w zależności od stopnia, dodatkowo	1-5
32.	**Koncentryczne zwężenie pola widzenia oceniać według poniższej Tabeli:**		

Tabela do punktu 32

Zwężenie do	Przy niezwężonym polu w drugim oku	W obu oczach	Przy ślepocie drugiego oka
60°	0	0	20-35%
50°	1-5%	10-15%	36-45%
40°	6-10%	16-25%	46-55%
30°	11-15%	26-50%	56-70%
20°	16-20%	51-80%	71-85%
10°	21-25%	81-90%	86-95%
poniżej 10°	26-35%	91-95%	96-100%

33.	**Połowicze i inne niedowidzenia:**		
	a)	dwuskroniowe	60
	b)	dwunosowe	30
	c)	jednoimienne	30
	d)	inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	1-15
34.	**Bezsoczewkowość pourazowa bez współistnienia zaburzeń ostrości wzroku po optymalnej korekcji:**		
	a)	w jednym oku	15
	b)	w obu oczach	30

UWAGA:
W przypadku gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku ocenia się dodatkowo według Tabeli do punktu 27a z ograniczeniem do 35% w przypadku jednego oka i do 100% w obu oczach.

Tabela do punktu 27a

Ostrość wzroku oka prawego	1,0 (10/10)	0,9 (9/10)	0,8 (8/10)	0,7 (7/10)	0,6 (6/10)	0,5 (5/10)	0,4 (4/10)	0,3 (3/10)	0,2 (2/10)	0,1 (1/10)	0
Ostrość wzroku oka lewego	Procent trwałego uszczerbku										
1,0 (10/10)	0	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35
0,9 (9/10)	2,5	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40
0,8 (8/10)	5	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45
0,7 (7/10)	7,5	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50
0,6 (6/10)	10	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55
0,5 (5/10)	12,5	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60
0,4 (4/10)	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65
0,3 (3/10)	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
0,2 (2/10)	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80
0,1 (1/10)	30	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90
0	35	40	45	50	55	60	65	70	80	90	100

35.	**Pseudosoczewkowość pourazowa (usunięcie soczewki wskutek urazu z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowo) przy współistnieniu nie poddających się korekcji zaburzeń ostrości wzroku:**		
	a)	w jednym oku według Tabeli do punktu 27 a w granicach	15-35
	b)	w obu oczach według Tabeli do punktu 27 a w granicach	30-100
36.	**Zaburzenia drożności przewodów łzowych (łzawienie), po korekcji operacyjnej – w zależności od stopnia i natężenia objawów:**		
	a)	w jednym oku	5-10
	b)	w obu oczach	10-15
37.	**Odwarstwienie siatkówki jednego oka – pourazowe – oceniać według Tabeli do punktu 27 a i Tabeli do punktu 32 i/lub punktu 33 d, nie mniej niż**		3
UWAGA: Urazowe odwarstwienie siatkówki jednego oka uznajemy jeśli występuje po urazie oka lub głowy (odejmując trwały uszczerbek istniejący przed urazem). Odwarstwienia siatkówki bez potwierdzonego urazu oka lub głowy (po wysiłku, dźwignięciu, pochyleniu, skoku itp.) nie są uznawane za pourazowe.			
38.	**Jaskra – wtórna pourazowa, po potwierdzonym urazie oka lub głowy**		3
UWAGA: W przypadku pogorszenia ostrości wzroku – ocena według Tabeli do punktu 27a oraz w przypadku koncentrycznego zwężenia pola widzenia – ocena według Tabeli do punktu 32, z zastrzeżeniem, że ogólny procent trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może wynosić więcej niż 35% dla jednego oka i 100% dla obu oczu.			
39.	**Wytrzeszcz tętniący – w zależności od stopnia:**		
	a)	jednostronny	35
	b)	obustronny	100
40.	**Zaćma pourazowa – oceniać według Tabeli do punktu 27a, po zakończonym leczeniu i optymalnej korekcji.**		
41.	**Przewlekłe zapalenie spojówek w związku z urazem oka:**		
	a)	niewielkie zmiany	1-5
	b)	duże zmiany, blizny rogówki i spojówki, zrosty powiek	6-10
UWAGA: – Suma orzeczonego uszczerbku na zdrowiu z tytułu uszkodzeń poszczególnych struktur oka nie może przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę wzroku w jednym oku (35%) lub w obu oczach (100%). – Jeżeli uraz powiek lub tkanek oczodołu wchodzi w skład uszkodzeń innych części twarzy oceniać według punktu 19 lub 22 uzupełniając ocenę o punkt 27a.			
D.	**USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU**		
42.	**Upośledzenie ostrości słuchu. Przy upośledzeniu ostrości słuchu, trwały uszczerbek ocenia się według niżej podanej Tabeli:**		

Tabela do punktu 42

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu według Rosera (w mod.)				
Ucho prawe Ucho lewe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	Pow. 70 dB
0-25 Db	0	5%	10%	20%
26-40 Db	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
pow. 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA: Oblicza się oddzielnie średnią dla ucha prawego i lewego, biorąc pod uwagę częstotliwości dla 500, 1000 i 2000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 HZ jest większa niż 40 dB, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z czterech progów: 500, 1000, 2000 i 4000 Hz. Jeżeli różnica pomiędzy wartościami dla 500 Hz i 2000 Hz jest większa niż 40 dB, ale próg słyszalności dla 4000 Hz jest lepszy niż dla 2000 Hz, ubytek słuchu wylicza się jako średnią z trzech progów 500, 1000, 4000 Hz.			
43.	**Urazy małżowiny usznej:**		
	a)	zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia i odmrożenia) lub utrata części małżowiny – w zależności od stopnia uszkodzeń	1-10
	b)	całkowita utrata jednej małżowiny	15
	c)	całkowita utrata obu małżowin	30
44.	**Zwężenie lub zarośnięcie zewnętrznego przewodu słuchowego – jednostronne lub obustronne z osłabieniem lub przytępieniem słuchu: oceniać według Tabeli do punktu 42**		
45.	**Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego w związku z urazem:**		
	a)	jednostronne	5
	b)	obustronne	10
46.	**Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego pourazowe powikłane: perlakiem, zapaleniem kości lub inną patologią – w zależności od stopnia powikłań:**		
	a)	jednostronne	5-15
	b)	obustronne	10-20
47.	**Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych, kości skroniowej** Oceniać według Tabeli do punktu 42		
48.	**Uszkodzenie ucha wewnętrznego:**		
	a)	z uszkodzeniem części słuchowej Oceniać według Tabeli do punktu 42	
	b)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi)	1-20
	c)	z uszkodzeniem części statycznej (zawroty głowy, nudności, wymioty, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się,)	21-50
	d)	z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej – w zależności od stopnia uszkodzenia oceniać łącznie według punktów 48a i 48b lub 48a i 48c.	
49.	**Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:**		
	a)	jednostronne – w zależności od stopnia uszkodzenia	5-25
	b)	dwustronne	10-50
E.	**USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU**		
50.	**Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji**		5-10
51.	**Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych, pozwalające na obchodzenie się bez rurki tchawiczej – w zależności od stopnia uszkodzenia:**		
	a)	niewielka okresowa duszność, chrypka	5-10
	b)	świst krtaniowy, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się, w zależności od nasilenia objawów	11-30
52.	**Uszkodzenie krtani powodujące konieczność stałego noszenia rurki tchawiczej:**		
	a)	z zaburzeniami głosu – w zależności od stopnia	30-59
	b)	z bezgłosem	60
53.	**Uszkodzenie tchawicy ze zwężeniem jej światła – w zależności od stopnia jej zwężenia:**		
	a)	bez niewydolności oddechowej	1-10
	b)	z dusznością w trakcie wysiłku fizycznego	11-20
	c)	z dusznością w trakcie chodzenia po poziomym odcinku drogi wymagającą okresowego zatrzymania się w celu nabrania powietrza	21-40
	d)	z dusznością spoczynkową – duże zwężenie, utrzymujące się po korekcji, potwierdzone badaniem bronchoskopowym	41-60
54.	**Uszkodzenie przełyku:**		
	a)	z trwałym zwężeniem, bez zaburzeń w odżywianiu	1-5
	b)	z częściowymi trudnościami w odżywianiu – w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia, nie wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych	6-20
	c)	ze znacznymi zaburzeniami drożności, trudnościami w odżywianiu, wymagające zabiegów rekonstrukcyjnych, w zależności od stopnia upośledzenia stanu odżywienia	21-50
	d)	powikłania po uszkodzeniu przełyku i zabiegach rekonstrukcyjnych, zwężenia w zespoleniach, stałe przetoki, itp. – ocena według punktu 54c, zwiększając stopień uszczerbku, w zależności od stopnia powikłań o	10-30
55.	**Uszkodzenie tkanek miękkich skóry, mięśni – w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:**		
	a)	blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, bez ograniczenia ruchomości szyi, w zależności od rozmiaru, widoczności, tkliwości blizn	1-5
	b)	zmiany z trwałym ograniczeniem ruchomości szyi małego i średniego stopnia – do 50% zakresu ruchomości	6-15
	c)	zmiany ze znacznym ograniczeniem ruchomości szyi – powyżej 50% zakresu ruchomości, z niesymetrycznym ustawieniem głowy	16-30
	d)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 1% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	2
UWAGA: Uszkodzenie tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego – oceniać według punktu 89.			

F.		USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA	
56.		**Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu – w zależności od stopnia zniekształcenia, rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:**	
	a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), widoczne, szpecące, nie ograniczające ruchomości klatki piersiowej	1-5
	b)	mierne ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe z niewielkim zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
	c)	średniego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej – blizny, ubytki mięśniowe ze średnim zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	d)	znacznego stopnia ograniczenie ruchomości klatki piersiowej, rozległe ściągające blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
	e)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.			
57.		**Uszkodzenie lub utrata sutka u kobiet (u mężczyzn orzekanie według punktu 56):**	
	a)	blizny lub częściowa utrata brodawki w zależności od rozległości blizn	1-5
	b)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – po 50 roku życia	6-10
	c)	znaczna lub całkowita utrata brodawki – do 50 roku życia	11-15
	d)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku do 50 roku życia	5-15
	e)	częściowe uszkodzenie sutka lub jego częściowa utrata w zależności od wielkości ubytku po 50 roku życia	1-10
	f)	całkowita utrata sutka – do 50 roku życia	16-20
	g)	całkowita utrata sutka – po 50 roku życia	10-15
	h)	utrata sutka z częścią mięśnia piersiowego – oceniać według powyższych punktów dodając, w zależności od stopnia deformacji, dysfunkcji klatki piersiowej i kończyny górnej	1-10
58.		**Złamania (co najmniej dwóch) żeber:**	
	a)	z obecnością zniekształceń i bez zmniejszenia wydolności oddechowej	1-5
	b)	z miernym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – z niewielkiego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	6-10
	c)	ze średniego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej – ze średniego stopnia zmniejszeniem wydolności oddechowej	11-25
	d)	ze znacznego stopnia ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej, ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej	26-40
UWAGA: Stopnie upośledzenia wydolności oddechowej zawarte są w uwadze po punkcie 62.			
59.		**Złamanie mostka:**	
	a)	bez zniekształceń, z potwierdzonym przewlekłym zespołem bólowym	1-3
	b)	ze zrostem w przemieszczeniu, w zależności od stopnia zniekształceń i dolegliwości	4-10
60.		**Złamania żeber lub mostka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami – ocenia się według punktu 58 lub 59, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o:**	1-15
61.		**Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenie tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):**	
	a)	uszkodzenie płuc i opłucnej bez cech niewydolności oddechowej	1-5
	b)	z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia	6-10
	c)	z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia	11-25
	d)	z niewydolnością oddechową znacznego stopnia	26-40
62.		**Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc – oceniać według punktu 61, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od stopnia powikłań o:**	10-20
UWAGA: Przy ocenie według punktów 56, 58, 60, 61 i 62 poza badaniem rentgenowskim, uszkodzenia tkanki płucnej i stopnie niewydolności oddechowej muszą być potwierdzone badaniem spirometrycznym i/ lub badaniem gazometrycznym. W przypadku gdy następstwa obrażeń klatki piersiowej są oceniane z kilku punktów Tabeli, a niewydolność oddechowa towarzyszy tym następstwom, trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający ze stopnia niewydolności oddechowej ustala się wyłącznie w oparciu o jeden punkt 56 lub 58 lub 61 przyjmując kategorię dla ustalonego stopnia niewydolności oddechowej. Pozostałe punkty oceniać jak bez upośledzenia wydolności oddechowej.			
STOPNIE UPOŚLEDZENIA WYDOLNOŚCI ODDECHOWEJ: – niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 70-80%, FEV1 70-80%, FEV1%VC – 70-80% – w odniesieniu do wartości należnych, – średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej – VC 50-70%, FEV1 50-70%, FEV1%VC 50-70% – w odniesieniu do wartości należnych, – znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej – VC poniżej 50%, FEV1 poniżej 50%, FEV1%VC poniżej 50% – w odniesieniu do wartości należnych.			
63.		**Uszkodzenie serca lub osierdzia:**	
	a)	po leczeniu operacyjnym, z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
	b)	I klasa NYHA , EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	6-15
	c)	II klasa NYHA, EF 45%-55% 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	16-25
	d)	III klasa NYHA, EF 35%-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	26-55
	e)	IV klasa NYHA, EF <35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	56-90
UWAGA: Stopień wydolności układu krążenia musi być oceniony na podstawie badania klinicznego, badań obrazowych serca i/ lub badania EKG wysiłkowego. Przy zaliczaniu następstw do poszczególnych podpunktów muszą być spełnione co najmniej dwa z następujących kryteriów: klasyfikacja NYHA, EF, MET i zaburzenia kurczliwości.			

KLASYFIKACJA NYHA – KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO WYRÓŻNIA NASTĘPUJĄCE STANY CZYNNOŚCIOWE SERCA:

Klasa I.	Choroba serca bez ograniczenia fizycznej aktywności. Podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności, kołatania serca i bólów wieńcowych.
Klasa II.	Choroba serca powodująca niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Podstawowa aktywność powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa III.	Choroba serca powodująca ograniczenie aktywności fizycznej. Dobre samopoczucie w spoczynku. Mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, duszność, kołatanie serca, bóle wieńcowe.
Klasa IV.	Choroba serca, która przy jakiejkolwiek aktywności fizycznej wywołuje dyskomfort. Objawy niewydolności serca lub niewydolności wieńcowej mogą występować nawet w spoczynku. Jeśli zostanie podjęta jakakolwiek aktywność fizyczna, wzrasta dyskomfort.

DEFINICJA EF – FRAKCJA WYRZUTOWA LEWEJ KOMORY:
Frakcja wyrzutowa lewej komory – ilość krwi wypływająca z lewej komory do układu krążenia podczas skurczu serca. Frakcja wyrzutowa jest zwykle wyrażana w procentach, jako stosunek objętości krwi wypływającej w czasie skurczu z lewej komory do całkowitej objętości lewej komory. Frakcja wyrzutowa określa zdolność serca do skurczu i jest wykładnikiem wydolności serca.

DEFINICJA RÓWNOWAŻNIKA METABOLICZNEGO – MET, STOSOWANEGO PRZY OCENIE PRÓBY WYSIŁKOWEJ:
MET-y (MET – równoważnik metaboliczny jest jednostką spoczynkowego poboru tlenu, ok. 3,5 ml tlenu na kilogram masy ciała na minutę) uzyskuje się, dzieląc objętość tlenu (w ml/min) przez iloczyn: masy ciała (w kg) x 3,5. Liczbę 3,5 przyjmuje się jako wartość odpowiadającą zużyciu tlenu w spoczynku i wyraża w mililitrach tlenu na kilogram masy ciała na minutę.

64.	**Uszkodzenia przepony – rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:**		
	a)	bez zaburzeń funkcji po leczeniu operacyjnym	1-5
	b)	zaburzenia niewielkiego stopnia	6-10
	c)	zaburzenia średniego stopnia	11-20
	d)	zaburzenia dużego stopnia	21-40
G.	**USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA**		
65.	**Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, przetoki, blizny itp.), okolicy lędźwiowej i krzyżowej – w zależności od charakteru blizn, ubytków, umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia:**		
	a)	widoczne zniekształcenia, ubytki i blizny skórne, rozległe (powyżej 5 cm długości), szpecące	1-5
	b)	uszkodzenia powłok i ubytki mięśniowe, przepukliny pourazowe utrzymujące się po korekcji	6-15
	c)	blizny po oparzeniach powyżej stopnia IIA – za 3% TBSA (całkowitej powierzchni ciała)	1
UWAGA: Za przepukliny urazowe uważa się wyłącznie przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu mięśni powłok brzusznych). Przepukliny pachwinowe, pępkowe itp., oraz wszystkie, które uwidoczniły się po wysiłku, dźwignięciu – nie są uznawane za pourazowe.			
66.	**Uszkodzenia żołądka, jelit, sieci, krezki jelita:**		
	a)	po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego	1-5
	b)	z niewielkiego stopnia zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywienia	6-10
	c)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – w zależności od stopnia zaburzeń i stanu odżywienia	11-40
	d)	z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywienia – odżywianie jedynie pozajelitowe	50
67.	**Trwałe przetoki jelitowe, kałowe i odbyt sztuczny – w zależności od możliwości zaopatrzenia sprzętem stomijnym i miejscowych powikłań:**		
	a)	jelita cienkiego	30-80
	b)	jelita grubego	20-50
68.	**Uszkodzenie dużych naczyń krwionośnych jamy brzusznej i miednicy nie powodujące upośledzenia funkcji innych narządów w zależności od rozległości uszkodzenia naczyń:**		1-10
UWAGA: Dla potrzeb niniejszej Tabeli za duże naczynia krwionośne jamy brzusznej przyjmuje się: aortę brzuszną, tętnice biodrowe wspólne, tętnice biodrowe wewnętrzne i zewnętrzne.			
69.	**Uszkodzenie odbytu, zwieracza odbytu:**		
	a)	blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości	1-5
	b)	powodujące stałe, całkowite nietrzymanie kału i gazów	60
70.	**Uszkodzenia odbytnicy:**		
	a)	pełnościenne uszkodzenie – niewielkie dolegliwości, bez zaburzeń funkcji	1-5
	b)	wypadanie błony śluzowej	6-10
	c)	wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania, utrzymujące się po leczeniu operacyjnym	11-30
71.	**Uszkodzenia śledziony:**		
	a)	leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcie narządu – potwierdzone badaniem obrazowym)	2
	b)	leczone operacyjnie z zachowaniem narządu	5
	c)	utrata u osób powyżej 18 roku życia	15
	d)	utrata u osób poniżej 18 roku życia	20
72.	**Uszkodzenie wątroby i przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki – w zależności od powikłań i zaburzeń funkcji:**		
	a)	bez zaburzeń funkcjonalnych, pourazowa utrata pęcherzyka żółciowego	1-5
	b)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu A według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrzwydzielniczej trzustki niewielkiego stopnia lub utrata części narządu	6-15
	c)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu B według Childa-Pugha, zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki średniego stopnia lub utrata znacznej części narządu	16-40
	d)	zaburzenia czynności wątroby w stopniu C według Childa-Pugha, ciężkie zaburzenia czynności zewnątrz- i wewnątrzwydzielniczej trzustki	41-60

UWAGA:
Przetokę trzustkową oceniać według ilości wydzielanej treści, stopnia wydolności zewnątrzwydzielniczej oraz zmian wtórnych powłok jamy brzusznej według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d.
Przetokę żółciową oceniać według ilości wydzielanej treści oraz zmian wtórnych powłok brzusznych według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d.
Zwężenia dróg żółciowych orzekać według częstości nawrotów zapaleń dróg żółciowych oraz zmian wtórnych w wątrobie według punktu 72 b lub 72 c lub 72 d.

KLASYFIKACJA CHILDA-PUGHA – w odniesieniu do wartości należnych

Parametr	Liczba punktów		
	1	2	3
Albumina (g/dl) w sur.	>3,5	2,8 - 3,5	<2,8
Bilirubina (umol/l) w sur.	<25	25-40	>40
Czas protrombinowy (sek. ponad normę)	<4	4-6	>6
Wodobrzusze	Brak	niewielkie	nasilone
Nasilenie encefalopatii	Brak	I - II°	III - IV°

GRUPA A – 5-6 pkt, GRUPA B – 7-9 pkt, GRUPA C – 10-15 pkt

H.	**USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH**		
73.	**Uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji:**		10-25
74.	**Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej:**		30
75.	**Utrata jednej nerki i upośledzenie funkcjonowania drugiej nerki – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji pozostałej nerki:**		35-75
76.	**Uszkodzenie moczowodu powodujące zwężenie jego światła:**		
	a)	nie powodujące zaburzeń funkcji	1-5
	b)	z zaburzeniem funkcji układu moczowego	6-20
77.	**Uszkodzenie pęcherza – ocena po uzyskaniu optymalnego efektu terapeutycznego – w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych**		
	a)	po leczeniu operacyjnym, bez zaburzeń funkcji	3-5
	b)	niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji	6-15
	c)	znacznego stopnia zaburzenia funkcji	16-30
78.	**Przetoki górnych dróg moczowych, pęcherza moczowego i cewki moczowej, utrzymujące się po leczeniu zabiegowym:**		
	a)	upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu średnim	10-25
	b)	upośledzające jakość życia (w zależności od możliwości i sposobu zaopatrzenia przetoki i innych zaburzeń wtórnych) w stopniu znacznym	26-50
79.	**Zwężenia cewki moczowej:**		
	a)	powodujące trudności w oddawaniu moczu	5-15
	b)	z nietrzymaniem moczu lub zaleganiem moczu	16-40
	c)	z nietrzymaniem lub zaleganiem moczu z powikłaniami	41-60
UWAGA: Stopień zaburzeń w oddawaniu moczu powinien być potwierdzony badaniami urodynamicznymi.			
80.	**Utrata prącia:**		40
81.	**Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia – w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzenia funkcji:**		3-30
82.	**Uszkodzenie lub utrata jednego jądra, jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w pozostałych punktach tabeli) – w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:**		
	a)	uszkodzenie w wieku do 50 roku życia	5-19
	b)	uszkodzenie w wieku po 50 roku życia	1-9
	c)	utrata w wieku do 50 roku życia	20
	d)	utrata w wieku po 50 roku życia	10
83.	**Utrata obu jąder lub obu jajników:**		
	a)	w wieku do 50 roku życia	40
	b)	w wieku po 50 roku życia	20
84.	**Pourazowy wodniak jądra:**		
	a)	wyleczony operacyjnie	2
	b)	w zależności od nasilenia zmian utrzymujących się po leczeniu operacyjnym	3-10
85.	**Utrata macicy:**		
	a)	w wieku do 50 lat	40
	b)	w wieku powyżej 50 lat	20
86.	**Pourazowe uszkodzenie krocza, worka mosznowego, sromu, pochwy, pośladków:**		
	a)	Rozległe blizny, ubytki, deformacje	1-5
	b)	wypadanie pochwy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	6-10
	c)	wypadanie pochwy i macicy utrzymujące się po leczeniu zabiegowym	30
I.	**OSTRE ZATRUCIA, NAGŁE DZIAŁANIA CZYNNIKÓW CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH I BIOLOGICZNYCH (orzeczenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu może nastąpić nie wcześniej niż po 6-ciu miesiącach)**		
87.	**Nagłe zatrucia gazami oraz substancjami chemicznymi – uznane za nieszczęśliwy wypadek:**		

	a)	powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim, które nie są oceniane w odrębnych punktach odpowiednich dla danego narządu lub układu	1-15
	b)	z trwałym uszkodzeniem układu krwiotwórczego	16-25
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu.			
88.	**Inne następstwa zatruć oraz ogólne następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem) w zależności od stopnia uszkodzenia powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu niewielkim i średnim**		1-15
UWAGA: – Trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu znacznym – oceniać według punktów odpowiednich dla danego narządu lub układu. – Jeśli potwierdzono, że do zatrucia doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku – uszkodzenie wzroku i słuchu oceniać według odpowiednich Tabel do punktów 27a, 32, 42. – Miejscowe następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać według punktów odpowiednich dla danej okolicy ciała.			
J.	**USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA**		
89.	**Uszkodzenia kręgosłupa w odcinku szyjnym powstałe w mechanizmie zgięciowo-odgięciowym („smagnięcia biczem")**		
	a)	zespół bólowy miejscowy z niewielkim ograniczeniem ruchomości	1-5
	b)	zespół bólowy miejscowy ze znacznym ograniczeniem ruchomości	6-10
90.	**Uszkodzenie kostno-więzadłowe kręgosłupa potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG czynnościowe) w odcinku szyjnym:**		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
	c)	z ograniczeniem ruchomości 51%-75%	15-20
	d)	z ograniczeniem ruchomości ponad 75%	21-29
	e)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	f)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu głowy	45
	g)	niestabilność (na podstawie czynnościowych zdjęć rtg – oceniając przemieszczenie sąsiednich trzonów lub/i rotację) ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	1-8
	h)	powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. ocenia się według punktów 90a lub 90b lub 90c lub 90d lub 90g zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 90, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa szyjnego jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa szyjnego nie może przekroczyć 45%.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 50°, prostowanie 60°, rotacja po 80°, pochylanie na boki po 45°.			
91.	**Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)**		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 50%	1-9
	b)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	10-19
	c)	zesztywnienie w pozycji fizjologicznej	20
	d)	zesztywnienie w ustawieniu niekorzystnym	21-30
	e)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktu 91a-d zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 91, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa piersiowego nie może przekroczyć 30%.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, rotacja po 30°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek piersiowy 2-3 cm.			
92.	**Uszkodzenia kostno-więzadłowe kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym (Th12-L5) potwierdzone badaniami dodatkowymi (CT, MR, RTG)**		
	a)	z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-6
	b)	z ograniczeniem ruchomości 26%-50%	7-14
	c)	z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	15-29
	d)	zesztywnienie w pozycji zbliżonej do fizjologicznej	30
	e)	zesztywnienie w niekorzystnym ustawieniu tułowia	40
	f)	uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego itp. – ocenia się według punktów 92a-e zwiększając stopień trwałego uszczerbku o	5
UWAGA: – Przy występowaniu objawów korzeniowych, ocenianych w punkcie 92, dodatkowa ocena według punktu 95. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy orzekać wyłącznie według punktu 95. Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w obrębie kręgosłupa lędźwiowego nie może przekroczyć 40%. – Kręgozmyk rzekomy (zwyrodnieniowy) i prawdziwy (na tle kręgoszczeliny) nie jest traktowany jako następstwo nieszczęśliwego wypadku.			
ZAKRESY RUCHOMOŚCI: zgięcie 60°, wyprost 25°, pochylanie na boki po 25°, test Schobera 10-11cm (od C7 do S1) z tego na odcinek lędźwiowy 7-8 cm.			
93.	**Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych, kolczystych, ościstych – w zależności od ograniczenia ruchomości kręgosłupa, ocenia się według punktów 90-92.**		
94.	**Uszkodzenie rdzenia kręgowego oceniane według skali Lovetta lub odpowiednio Ashwortha:**		
	a)	zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów w zależności od stopnia zaburzeń	1-10
	b)	zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów, zespół stożka końcowego oraz objawy piramidowe bez niedowładu, w zależności od stopnia zaburzeń	5-30

	c)	niewielki niedowład kończyn górnych i/lub dolnych (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (4° w skali Lovetta lub 2° według skali Ashwortha) lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (3-4° w skali Lovetta lub 3-2° według skali Ashwortha)	5-30
	d)	średniego stopnia niedowład kończyn górnych lub dolnych (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem uszkodzenia rdzenia w odcinku szyjnym z niedowładem kończyn (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), lub uszkodzenie rdzenia w odcinku piersiowym – z niedowładem kończyny dolnej (0-2° w skali Lovetta lub 5-4° według skali Ashwortha)	31 –60
	e)	głęboki niedowład kończyn górnych lub dolnych (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), niedowład czterokończynowy (3° w skali Lovetta lub 3° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z niedowładem kończyn (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha)	61-90
	f)	porażenie kończyn górnych i /lub dolnych (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha), głęboki niedowład czterokończynowy (2° w skali Lovetta lub 4° według skali Ashwortha), zespół Brown-Sequarda, będący następstwem połowiczego uszkodzenia rdzenia z porażeniem kończyn (0-1° w skali Lovetta lub 5° według skali Ashwortha)	100
95.	**Urazowe zespoły korzeniowe – w zależności od stopnia:**		
	a)	szyjne niewielkiego stopnia	1-5
	b)	szyjne znacznego stopnia	6-15
	c)	piersiowe	1-10
	d)	lędźwiowo-krzyżowe niewielkiego stopnia	1-5
	e)	lędźwiowo-krzyżowe znacznego stopnia	6-15
	f)	guziczne	5

UWAGA:
Zaburzenia stwierdzane w punkcie 95 a-f muszą mieć potwierdzenie w obiektywnej dokumentacji medycznej z diagnostyki i leczenia następstw zdarzenia. Za niewielkie należy uznać stwierdzane badaniem zaburzenia czucia, osłabienie lub zniesienie odruchów, a za znacznego stopnia gdy występują niedowłady oraz zaniki mięśniowe.

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96.	**Utrwalone rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego – w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:**		
	a)	utrwalone rozejście spojenia łonowego, bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu	1-5
	b)	utrwalone rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu	6-15
	c)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego niewielkiego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	1-10
	d)	utrwalone zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego znacznego stopnia, w zależności od stopnia zaburzeń chodu	11-30

UWAGA:
Jeżeli rozejściu spojenia łonowego towarzyszy złamanie kości miednicy oceniać według punktu 97 lub 98.

97.	**Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej, jedno- lub wielomiejscowe – w zależności od zniekształcenia i upośledzenia chodu:**		
	a)	w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa – obie gałęzie, kość łonowa i kulszowa)	1-10
	b)	w odcinku przednim obustronnie	5-15
	c)	w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)	10-30
	d)	w odcinku przednim i tylnym obustronnie	20-40

UWAGA:
Złamania stabilne kości miednicy, złamania awulsyjne oceniać według punktu 98.

98.	Izolowane złamania kości miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy biodrowej:		
	a)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np.: złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	1-3
	b)	jednomiejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej – ze zniekształceniem i zaburzeniami funkcji	4-8
	c)	mnogie złamania kości miednicy i /lub kości krzyżowej – bez istotnego zniekształcenia i z niewielkimi zaburzeniami funkcji	2-7
	d)	mnogie złamania kości miednicy i/ lub kości krzyżowej ze zniekształceniem i z zaburzeniami funkcji	8-15

UWAGA:
- Złamanie panewki stawu biodrowego – w zależności od upośledzenia funkcji stawu – oceniać według punktu 143.
- Uraz stawu biodrowego wygojony sztucznym stawem oceniać według punktu 146.
- Towarzyszące złamaniom uszkodzenia narządów miednicy i objawy neurologiczne ocenia się dodatkowo według pozycji dotyczących odpowiednich uszkodzeń narządów miednicy lub uszkodzeń neurologicznych.

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

ŁOPATKA			Prawa (dominująca)	Lewa
99.	**Złamanie łopatki:**			
	a)	wygojone złamanie łopatki z nieznacznym przemieszczeniem i niewielkimi zaburzeniami funkcji kończyny	1-5	1-3
	b)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i niewielkim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości do 30%	6-12	4-9
	c)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i średnim upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	13-20	10-15
	d)	wygojone złamanie łopatki z wyraźnym przemieszczeniem i znacznym upośledzeniem funkcji kończyny – z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	21-40	16-30

UWAGA:
Normy punktu 99 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK				
100.	**Stan po wadliwym wygojeniu złamania obojczyka w zależności od stopnia zniekształcenia i ograniczenia ruchomości:**			
	a)	niewielkiego stopnia deformacja z ograniczeniem ruchomości stawu ramienno-łopatkowego do 20%	1-8	1-6
	b)	deformacja z wyraźnym ograniczeniem ruchomości stawu ramienno-łopatkowego powyżej 20%	9-20	7-15
UWAGA: W przypadku złamania obojczyka powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 101.				
101.	**Staw rzekomy obojczyka – w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny:**			
	a)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym do 20%	10-14	8-12
	b)	zmiany wtórne z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym powyżej 20% .	15-25	13-20
102.	**Zwichnięcie, podwichnięcie stawu obojczykowo-barkowego lub obojczykowo-mostkowego,w zależności od ograniczenia ruchów, stopnia zniekształcenia i upośledzenia funkcji:**			
	a)	brak lub niewielka deformacja i ograniczenie ruchomości do 10% (I°)	1-5	1-3
	b)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości do 20% (II°, II°/III°)	6-10	4-8
	c)	wyraźna deformacja i ograniczenie ruchomości powyżej 20% (II°/III°, III°)	11-15	9-13
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.				
103.	**Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości – ocenia się według jednego z punktów 100, 101 lub 102 – zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:**		5	
STAW RAMIENNO-ŁOPATKOWY			Prawa (dominująca)	Lewa
104.	**Uszkodzenia stawu ramienno-łopatkowego (zwichnięcia, złamania – głowy, nasady bliższej kości ramiennej, skręcenia) oraz uszkodzenia pozostałych struktur stawu – w zależności od ubytków tkanek, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń i zniekształceń złamanej głowy kości ramiennej itp.:**			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-11	1-7
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31%-50%	12-19	8-14
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	20-35	15-30
UWAGA: Uszkodzenie stawu ramienno-łopatkowego wygojone protezą należy oceniać według punktu 104.				
105.	**Zastarzałe nieodprowadzalne zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny:**		20-35	15-30
106.	**Nawykowe zwichnięcie stawu ramienno-łopatkowego potwierdzone dokumentacją lekarską i radiologiczną:**		5-25	5-20
UWAGA: Kolejnych epizodów nawykowego zwichnięcia nie należy traktować jako kolejnego nieszczęśliwego wypadku lecz jako skutek ostatniego urazowego zwichnięcia stawu ramienno-łopatkowego. Przy orzekaniu według punktu 106 należy zebrać szczegółowy wywiad w kierunku przebytych wcześniej urazowych zwichnięć w stawie oraz zapoznać się z dodatkową dokumentacją medyczną – w celu ustalenia daty ostatniego zwichnięcia urazowego oraz daty pierwszego zwichnięcia nawykowego. Jeżeli całość dokumentacji medycznej pochodzi z okresu objęcia ochroną ubezpieczeniową, a zwichnięcie nawykowe zgłaszane jest po raz pierwszy – orzekać według punktu 106. Gdy dokumentacja medyczna wskazuje na występowanie zwichnięć nawykowych przed okresem objęcia ochroną: – jeżeli pomiędzy zgłaszanym obecnie zwichnięciem, które wystąpiło w okresie udzielonej ochrony ubezpieczeniowej, a poprzednim zwichnięciem (przed okresem objęcia ochroną) upłynęło ponad 5 lat, zdarzenie traktować jako zdarzenie niezależne, o charakterze zwichnięcia urazowego, orzekać według punktu 104. Kolejne zgłoszone zwichnięcie traktowane będzie jako nawykowe, orzekane z punktu 106. Jeżeli wskazany powyżej okres jest krótszy niż 5 lat, analizować mechanizm, który doprowadził do wystąpienia aktualnie orzekanego zwichnięcia: – nagłe zadziałanie siły zewnętrznej – traktować jako pierwotny wynik urazu – orzekać według punktu 106. – jeżeli do zwichnięcia doszło w trakcie normalnej, codziennej aktywności życiowej – nie uznawać komponenty urazowej (zdarzenie przyczynowo związane jest ze stanem zdrowia)				
107.	**Staw ramienny wiotki, cepowy w następstwie pourazowych ubytków kości – w zależności od zaburzeń funkcji:**		25-40	20-35
UWAGA: Staw wiotki z powodu porażeń – ocenia się według norm neurologicznych.				
108.	**Zesztywnienie stawu ramienno-łopatkowego (całkowity brak ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym):**			
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20	15
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od ustawienia i funkcji	21-40	16-35
109.	**Bliznowaty przykurcz stawu ramienno-łopatkowego – w zależności od zaburzeń czynności stawu** orzekać według punktu 104 lub 108.			
110.	**Uszkodzenie stawu ramienno-łopatkowego powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami itp. – ocenia się według punktów 104, 105, 106, 107, 108 lub 109, zwiększając stopień uszczerbku o:**		3	
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny górnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stawu ramienno-łopatkowego oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.				
111.	**Utrata kończyny w stawie ramienno-łopatkowym:**		70	65
112.	**Utrata kończyny wraz z łopatką:**		75	70
ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU RAMIENNO-ŁOPATKOWEGO – zgięcie 0-180°, wyprost 0-60°, odwodzenie 0-90°, unoszenie 90-180° (niekiedy odwodzenie i unoszenie określane jest jednym terminem jako odwodzenie i wtedy zakres ruchu wynosi 0-180°), przywodzenie 0-50°, rotacja zewnętrzna 0-70°, rotacja wewnętrzna 0-100° (pozycja funkcjonalna, swobodna – 20-40° zgięcia, 20-50° odwiedzenia i 30-50° rotacji wewnętrznej)				
RAMIĘ			Prawe (dominujące)	Lewe
113.	**Złamanie trzonu kości ramiennej – w zależności od przemieszczeń, ograniczeń ruchu w stawie ramienno-łopatkowym i łokciowym:**			
	a)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub/i łokciowym do 30%	1-15	1-10

	b)	upośledzenie funkcji kończyny z ograniczeniem ruchomości w stawie ramienno-łopatkowym lub/i łokciowym powyżej 30%	16-30	11-25
	c)	złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości itp. ocenia się według punktu 113 a lub 113 b, zwiększając stopień trwałego uszczerbku w zależności od zaburzeń funkcji o	5	
114.	**Staw rzekomy kości ramiennej**		30	25
115.	**Uszkodzenia mięśni, przyczepów, ścięgien i naczyń – w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji:**			
	a)	zmiany niewielkie	1-5	1-4
	b)	zmiany średnie	6-12	5-9
	c)	zmiany duże	13-20	10-15
UWAGA: Według punktu 115 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 113.				
116.	**Utrata kończyny w obrębie ramienia:**			
	a)	z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej	70	65
	b)	przy dłuższych kikutach	65	60
STAW ŁOKCIOWY			Prawy (dominujący)	Lewy
117.	**Złamania w obrębie łokcia (nasada dalsza kości ramiennej, nasada bliższa kości promieniowej i łokciowej) – w zależności od zaburzeń osi, ograniczenia ruchów w stawie łokciowym oraz innych zmian wtórnych:**			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
118.	**Zesztywnienie stawu łokciowego:**			
	a)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia	25	20
	b)	w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i w zależności od ograniczenia zakresu ruchów obrotowych przedramienia	26-30	21-25
	c)	w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (do 20°)	45	40
	d)	w innych niekorzystnych ustawieniach – w zależności od przydatności czynnościowej kończyny	30-45	25-40
119.	**Uszkodzenia łokcia – zwichnięcia, skręcenia, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń oraz innych zmian wtórnych:**			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-15	5-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	16-30	11-25
UWAGA: Według punktu 119 orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według punktu 117.				
120.	**Staw łokciowy cepowy – w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni**		15-30	10-25
121.	**Uszkodzenia stawu łokciowego powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami itp. ocenia się według jednego z punktów 117, 118, 119 lub 120, zwiększając stopień stałego lub długotrwałego uszczerbku na zdrowiu o**		5	
Zakres ruchomości stawu łokciowego: od 5-10° przeprostu, do 160° zgięcia				
PRZEDRAMIĘ			Prawe (dominujące)	Lewe
122.	**Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka – w zależności od stopnia zaburzeń funkcji:**			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
	d)	zesztywnienie przedramienia w położeniu korzystnym	20	15
	e)	zesztywnienie przedramienia w położeniu niekorzystnym	25-30	20-25
123.	**Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych:**			
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchów do 20%	1-6	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchów w zakresie 21-50%	7-15	6-10
	c)	duże zmiany, zmiany wtórne i inne z ograniczeniem ruchów powyżej 50%	16-30	11-25
124.	**Izolowane uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń – w zależności od rozmiarów, uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne):**			
	a)	niewielkie zmiany	1-5	1-4
	b)	średnie zmiany	6-10	5-8
	c)	duże zmiany	11-20	9-15
UWAGA: – Według tej pozycji orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości orzekać według jednego z punktów 122, 123, 125, 126. – W przypadku złamania jednej kości przedramienia powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 125.				
125.	**Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych:**			
	a)	średniego stopnia	10-20	10-15
	b)	dużego stopnia	21-35	16-30

UWAGA: W przypadku złamania obu kości przedramienia powikłanego stawem rzekomym orzekać wyłącznie z punktu 126.				
126.		**Staw rzekomy obu kości przedramienia – w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji, zmian wtórnych:**		
	a)	średniego stopnia	10-25	10-20
	b)	dużego stopnia	26-40	21-35
127.		**Uszkodzenie przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, przetokami, ubytkiem tkanki kostnej – ocenia się według jednego z punktów 122, 123, 124, 125 lub 126, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o**	5	
128.		**Utrata kończyny w obrębie przedramienia – w zależności od charakteru kikuta i jego przydatności do protezowania:**	55-60	50-55
129.		**Utrata przedramienia w okolicy nadgarstka:**	55	50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI PRZEDRAMIENIA: – nawracanie 0-80°, odwracanie 0-80° (pozycja funkcjonalna – 20° nawrócenia)				
NADGARSTEK			Prawy (dominujący)	Lewy
130.		**Uszkodzenia nadgarstka: skręcenia, zwichnięcia, złamania – w zależności od blizn, ubytków, zniekształceń, niestabilności, upośledzenia funkcji, zmian troficznych i innych zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-6	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-15	6-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	16-25	11-20
131.		**Całkowite zesztywnienie w obrębie nadgarstka:**		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	20	15
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji ręki i palców	25-30	20-25
132.		**Uszkodzenie nadgarstka powikłane trwałymi zmianami troficznymi, przewlekłym ropnym zapaleniem kości nadgarstka, przetokami – ocenia się według jednego z punktów 130 lub 131, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o:**	5	
133.		**Utrata ręki na poziomie nadgarstka:**	55	50
ZAKRESY RUCHOMOŚCI NADGARSTKA: zgięcie dłoniowe 70° (czynne), 80° (bierne), zgięcie grzbietowe 60° (czynne), 80° (bierne), odchylenie promieniowe 20°, odchylenie łokciowe 30° (pozycja funkcjonalna – od 10° zgięcia dłoniowego do 10° zgięcia grzbietowego i od 0° do 10° odchylenia łokciowego).				
ŚRÓDRĘCZE			Prawe (dominujące)	Lewe
134.		**Uszkodzenie śródręcza: kości, części miękkich – w zależności od ubytków, zniekształceń oraz upośledzenia funkcji ręki, palców i innych zmian wtórnych:**		
	a)	I kość śródręcza (w zależności od funkcji kciuka):		
		I. z ograniczeniem ruchomości kciuka do 30%	1-6	1-5
		II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	7-12	6-9
		III. z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	13-20	10-15
	b)	II kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca wskazującego):		
		I. z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5	1-3
		II. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	6-9	4-6
		III. z ograniczeniem powyżej 60%	10-15	7-10
	c)	III kość śródręcza (w zależności od ruchomości palca III i innych zmian wtórnych):		
		I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
		II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-5	2-4
	d)	IV, V kość śródręcza (w zależności od ruchomości odpowiednich palców i innych zmian wtórnych) – ocena osobna dla każdej kości śródręcza:		
		I. z ograniczeniem ruchomości w zakresie 20-50%	1-2	1
		II. z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	3-4	2
KCIUK			Prawy (dominujący)	Lewy
135.		**Utrata w zakresie kciuka – w zależności od rozmiaru ubytku, jakości kikuta, zniekształceń, ograniczenia ruchomości kciuka oraz upośledzenia funkcji ręki i innych zmian wtórnych:**		
	a)	częściowa lub całkowita utrata opuszki	1-4	1-2
	b)	częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego w zależności od zmian wtórnych	5-10	3-6
	c)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego (do 2/3 długości paliczka podstawnego) – w zależności od zmian wtórnych	11-15	7-10
	d)	utrata paliczka paznokciowego i paliczka podstawnego poniżej 2/3 długości lub utrata obu paliczków bez kości śródręcza	16-20	11-15
	e)	utrata obu paliczków z kością śródręcza	21-25	16-20
136.		**Inne uszkodzenia kciuka (złamania, zwichnięcia, uszkodzenia tkanek miękkich) w zależności od upośledzenia ruchomości kciuka oraz funkcji ręki i zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 25%	1-5	1-3
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 26-50%	6-10	4-8
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 51-75%	11-15	9-12
	d)	bardzo duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 75%	16-20	13-15

UWAGA:
Przy ocenie stopnia zaburzeń czynności kciuka bierze się pod uwagę przede wszystkim zdolność odwodzenia, przeciwstawiania i chwytu.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI KCIUKA:
- staw śródręczno-paliczkowy 0-60° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- staw międzypaliczkowy 0-80° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)
- odwodzenie 0-50°
- przywodzenie – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawu śródręczno-paliczkowego palca V – pełny zakres ruchu – 0 cm, brak ruchu – 8 cm
- opozycja (przeciwstawianie) – maksymalna odległość między kresą zgięciową stawu międzypaliczkowego kciuka, a kresą zgięciową stawów śródręczno-paliczkowych na wysokości III stawu śródręczno-paliczkowego – pełny zakres ruchu – 8 cm, brak ruchu – 0 cm

PALEC WSKAZUJĄCY			Ręka prawa (dominująca)	Lewa
137.	**Utrata w obrębie wskaziciela – w zależności od zniekształceń, jakości kikuta, ograniczenia ruchów wskaziciela, upośledzenia funkcji ręki:**			
	a)	utrata częściowa opuszki	1-2	1
	b)	utrata paliczka paznokciowego	3-5	2-3
	c)	utrata paliczka paznokciowego z częścią paliczka środkowego	6-9	4-7
	d)	utrata paliczka środkowego	10	8
	e)	utrata trzech paliczków	15	10
	f)	utrata wskaziciela z kością śródręcza	16-20	11-15
138.	**Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie wskaziciela – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, upośledzenia funkcji ręki, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – w zależności od stopnia:**			
	a)	zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-3	1-2
	b)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-40%	4-6	3-4
	c)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 41-70%	7-11	5-7
	d)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 70%	12-15	8-10

PALEC TRZECI, CZWARTY I PIĄTY			Ręka prawa (dominująca)	lewa
139.	**Palec III, IV i V – w zależności od poziomu utraty:**			
	a)	palec III – utrata paliczka paznokciowego	3	2
	b)	palec III – utrata dwóch paliczków	7	5
	c)	palec III – utrata trzech paliczków	10	8
	d)	palec IV i V – utrata paliczka paznokciowego	2	1
	e)	palec IV i V – utrata dwóch paliczków	4	2
	f)	palec IV i V – utrata trzech paliczków	7	3
140.	**Utrata palców III, IV lub V z kością śródręcza:**			
	a)	palec III	10-12	8-10
	b)	palec IV i V	7-9	3-5
	c)	utraty mnogie:		
		I. jednoczesna amputacja kciuka i palca wskazującego	35	25
		II. całkowita amputacja kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
		III. całkowita amputacja dwóch palców innych niż kciuk i palec wskazujący	2	8
		IV. całkowita amputacja trzech palców innych niż kciuk i palec wskazujący	20	15
		V. całkowita amputacja czterech palców łącznie z kciukiem	45	40
		VI. całkowita amputacja czterech palców innych niż kciuk	40	35

UWAGA:
Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku ręki nie może przekroczyć 55% – prawej (dominującej) i 50% – lewej.
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców globalna ocena musi być niższa niż łączna całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi użyteczności ręki.

			Ręka prawa (dominująca)	lewa
141.	**Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V – złamania, zwichnięcia, uszkodzenia części miękkich – w zależności od zniekształceń, zaburzeń czucia, ograniczenia ruchów palca, przykurczów stawów, zesztywnień, zmian troficznych i innych zmian wtórnych – za każdy palec w zależności od stopnia:**			
	a)	palec III:		
		I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1-2
		II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-5	3-4
		III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-5	1-4
		IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	6-10	5-8
	b)	palec IV i V:		
		I. ograniczenie ruchomości do 50% bez zmian wtórnych	1-2	1
		II. ograniczenie ruchomości powyżej 50% bez zmian wtórnych	3-4	2
		III. ograniczenie ruchomości do 50% ze zmianami wtórnymi	1-4	1-2

		IV. ograniczenie ruchomości powyżej 50% ze zmianami wtórnymi	5-8	3-4

ZAKRESY RUCHOMOŚCI – PALCE II-V:
– staw śródręczno-paliczkowy 0-90° (pozycja funkcjonalna 30° zgięcia)
– staw międzypaliczkowy bliższy 0-100° (pozycja funkcjonalna 40° zgięcia)
– staw międzypaliczkowy dalszy 0-70° (pozycja funkcjonalna 20° zgięcia)

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

STAW BIODROWY			
142.	**Utrata kończyny dolnej:**		
	a)	przez wyłuszczenie jej w stawie biodrowym	75
	b)	odjęcie powyżej 1/2 uda	65
143.	**Uszkodzenia stawu biodrowego – zwichnięcia, złamania panewki, złamania bliższej nasady kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej oraz uszkodzenia tkanek miękkich okolicy stawu biodrowego – w zależności od ubytków, stopnia ograniczenia ruchów, zniekształceń i zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	2-12
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-60%	13-24
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 60%	25-35
144.	**Zesztywnienie stawu biodrowego – w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:**		
	a)	w ustawieniu czynnościowo korzystnym	35
	b)	w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	40-45
145.	**Przykurcze i zesztywnienia powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, z przetokami itp. – ocenia się według punktu 143, zwiększając stopień trwałego uszczerbku o**		5
146.	**Pourazowa endoprotezoplastyka stawu biodrowego, w zależności od ruchomości, dolegliwości bólowych, konieczności zaopatrzenia ortopedycznego, możliwości i zaburzeń chodu:**		
	a)	bez ograniczeń funkcji	15
	b)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 50%	16-25
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	26-45

UWAGA:
– Należy zwracać uwagę na zgłaszane jako wynik urazowego uszkodzenia biodra zmiany chorobowe: krwiopochodne ropne zapalenie kości, gruźlica kostno-stawowa, nowotwory, martwice aseptyczne kości, biodro szpotawe dorastających i inne zniekształcenia powodujące zaburzenia statyki. Przy tego rodzaju stanach chorobowych ocenę trwałego uszczerbku ogranicza się wyłącznie do spowodowanego przedmiotowym nieszczęśliwym wypadkiem.
– W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń biodra oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181.
– W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.

ZAKRESY RUCHOMOŚCI STAWU BIODROWEGO
– zgięcie 0-120°, wyprost 0-20°, odwodzenie 0-50°, przywodzenie 0-40°, rotacja na zewnątrz 0-45°, rotacja do wewnątrz 0-50° .

UDO			
147.	**Złamanie kości udowej – w zależności od zniekształceń, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stawie biodrowym i kolanowym, zaburzeń chodu, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:**		
	a)	izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10
	b)	izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm	11-20
	c)	izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30
	d)	niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15
	e)	średnie zmiany ze skróceniem w zakresie powyżej 3 cm do 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu średnim	16-30
	f)	duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm, upośledzenie chodu w stopniu znacznym	31-40
148.	**Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiające obciążenie kończyny – w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia, zmian zapalnych i zaburzeń wtórnych**		30-55
149.	**Izolowane uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od zaburzeń funkcji kończyny:**		
	a)	niewielkiego stopnia	1-5
	b)	średniego stopnia	6-10
	c)	znacznego stopnia	11-20

UWAGA:
Według punktu 149 oceniać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości oceniać według punktu 147.

150.	**Uszkodzenie dużych naczyń – w zależności od stopnia zaburzeń ukrwienia kończyny i powikłań:**	5-30
151.	**Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, skostnieniem pozaszkieletowym – ocenia się według punktu 147, zwiększając stopień uszczerbku – w zależności od rozmiarów powikłań o**	5
152.	**Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się według punktów 147-150, zwiększając stopień trwałego uszczerbku – w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o**	10-60

UWAGA:
Łączny stopień uszczerbku ocenianego według punktów 147-152 i punktu 153 nie może przekroczyć 60%.

153.	**Utrata kończyny – w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oprotezowania:**	55-60

KOLANO			
154.	**Złamania kości tworzących staw kolanowy – w zależności od zniekształceń, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu i innych zmian wtórnych. Dodatkowo ocenia się według punktu 155:**		
	a)	utrata ruchomości w zakresie 0-40° za każde dwa stopnie ubytku ruchu	1
	b)	utrata ruchomości w zakresie 41°-90° za każde 5 stopni	1
	c)	utrata ruchomości w zakresie 91°-120°za każde 10 stopni ubytku ruchu	1
	d)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie korzystnej (0-15°)	25
	e)	zesztywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnie niekorzystnej	35
155.	**Uszkodzenia aparatu więzadłowo – torebkowego w zależności od stabilności stawu oraz wydolności statyczno-dynamicznej kończyny. Dodatkowo ocenia się według punktu 154.**		
	a)	niestabilność jednopłaszczyznowa I°, z niewielkimi zmianami wtórnymi (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	1-5
	b)	niestabilność jednopłaszczyznowa II°, dwupłaszczyznowa I°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	6-12
	c)	niestabilność jednopłaszczyznowa III° lub dwupłaszczyznowa II°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	13-19
	d)	niestabilność dwupłaszczyznowa III°, w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	20-25
	e)	globalna niestabilność w zależności od zmian wtórnych (zaniki mięśniowe i zmniejszenie siły mięśniowej itp.)	26-35
156.	**Inne następstwa urazów stawu kolanowego (przewlekłe wysiękowe zapalenia, chondromalacja, następstwa zwichnięć rzepki, niestabilności rzepki, uszkodzenia łąkotek w zależności od funkcji stawu kolanowego oraz stopnia nasilenia istniejących dolegliwości**		1-10
UWAGA: – Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku stawu kolanowego nie może przekroczyć 40%. – Nie każde rozpoznanie nawykowego zwichnięcia rzepki należy traktować jako urazowe. Każdorazowo należy brać pod uwagę mechanizm urazu (nagłe zadziałanie siły zewnętrznej), skutki urazu (rozerwanie torebki stawowej i krwiak śródstawowy), sposób leczenia (unieruchomienie w opatrunku gipsowym lub nie), a także współistnienie zmian anatomicznych (takich jak dysplazja stawu rzepkowo-udowego stwierdzana na zdjęciach osiowych, znaczna koślawość kolana, wiotkość wielostawowa), choroby predysponujące do powstania nawykowego zwichnięcia rzepki (zespół Downa, dysplazja nasadowa, lub nasadowo-kręgowa). Każdorazowo analizę należy oprzeć o pełną dokumentację medyczną.			
157.	**Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego**		50
ZAKRES RUCHOMOŚCI STAWU KOLANOWEGO: Funkcjonaly zakres ruchomości w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostu do 120° dla zgięcia.			
PODUDZIE			
158.	**Złamanie kości podudzia w zależności od zniekształceń, skrócenia, ograniczenia ruchomości w stawie skokowym i kolanowym oraz innych zmian:**		
	a)	izolowane skrócenie w zakresie 1-3 cm	5-10
	b)	izolowane skrócenie powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	11-20
	c)	izolowane skrócenie powyżej 5 cm	21-30
	d)	niewielkie zmiany ze skróceniem do 3 cm włącznie lub bez skrócenia	5-15
	e)	średnie zmiany ze skróceniem powyżej 3 cm do 5 cm włącznie	16-30
	f)	duże zmiany ze skróceniem powyżej 5 cm	31-40
159.	**Izolowane złamanie strzałki – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny**		1-3
160.	**Uszkodzenia tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien – w zależności od rozległości uszkodzenia oraz ograniczeń czynnościowych i innych zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	6-10
	c)	znaczne zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
161.	**Utrata kończyny w obrębie podudzia – w zależności od charakteru kikuta, długości, przydatności do oprotezowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:**		
	a)	przy długości kikuta do 8 cm mierząc od szpary stawowej	50
	b)	przy dłuższych kikutach	45
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń podudzia oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
STAW SKOKOWO-GOLENIOWY I SKOKOWO-PIĘTOWY, STOPA			
162.	**Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego i skokowo-piętowego: skręcenia, zwichnięcia, złamania itp. – w zależności od zniekształceń oraz ograniczenia ruchomości i utrzymujących się zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
	b)	średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
	c)	dużego stopnia z ograniczeniem powyżej 50%	11-20
	d)	powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami oraz innymi zmianami wtórnymi, zwiększyć stopień trwałego uszczerbku o	5
163.	**Zesztywnienie stawu skokowo-goleniowego w zależności od utrzymujących się zmian wtórnych oraz ograniczenia funkcji:**		
	a)	pod kątem zbliżonym do prostego +_ 5°	20
	b)	w innych ustawieniach czynnościowo niekorzystnych w zależności od ustawienia	21-30
	c)	w ustawieniach niekorzystnych, z przetokami, zapaleniem kości itp. zwiększyć ocenę trwałego uszczerbku o	5

164.	**Złamania kości skokowej lub piętowej – w zależności od zniekształceń i zaburzeń funkcji:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
165.	**Utrata kości skokowej i/lub piętowej – w zależności od wielkości, blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:**		
	a)	częściowa utrata	20-30
	b)	całkowita utrata	31-40
166.	**Uszkodzenie kości stępu z przemieszczeniem, zniekształceniem oraz innymi zmianami wtórnymi:**		
	a)	zmiany niewielkiego stopnia z ograniczeniem ruchomości do 20%	1-5
	b)	zmiany średniego stopnia z ograniczeniem ruchomości w zakresie 21-50%	6-10
	c)	zmiany dużego stopnia z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	11-20
167.	**Złamania kości śródstopia – w zależności od przemieszczeń, zniekształceń stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian wtórnych:**		
	a)	I lub V kości śródstopia:	
		I. niewielkie zmiany bez zniekształceń	1-5
		II. znaczne zmiany, zniekształcenie, ograniczenie ruchomości stopy	6-10
	b)	II, III lub IV kości śródstopia:	
		I. niewielkie zmiany	1-3
		II. znaczne zmiany ze zniekształceniem i ograniczeniem ruchomości stopy	4-7
	c)	złamania trzech i więcej kości śródstopia – w zależności od zniekształceń i zaburzeń czynnościowych	3-15
168.	**Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi ocenia się według punktu 167 zwiększając stopień trwałego uszczerbku o**		5
169.	**Inne uszkodzenia okolicy stępu i śródstopia – skręcenia, zwichnięcia, uszkodzenia mięśni, ścięgien w zależności od zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:**		
	a)	niewielkie zmiany	1-5
	b)	średnie zmiany	6-10
	c)	duże zmiany	11-15
170.	**Utrata stopy w całości**		45
171.	**Utrata stopy na poziomie stawu Choparta**		40
172.	**Utrata stopy w stawie Lisfranca**		35
173.	**Utrata przodostopia w zależności od rozległości i jakości kikuta**		20-30
UWAGA: W przypadku, gdy deficyt funkcji kończyny dolnej wynika z nakładania się skutków uszkodzeń stopy oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny oceniać jedynie według punktu 181. W przypadku nie nakładania się deficytów oceniać dodatkowo według punktu 181.			
FUNKCJONALNE ZAKRESY RUCHOMOŚCI STĘPU – zgięcie grzbietowe 0-20°, zgięcie podeszwowe 0 – 40-50°, nawracanie 0-10°, odwracanie 0-40°, przywodzenie 0-10°, odwodzenie 0-10°.			
PALCE STOPY			
174.	**Uszkodzenia palucha – w zależności od zmian i ograniczenia ruchomości:**		
	a)	niewielkie zmiany z ograniczeniem ruchomości do 30%	1-2
	b)	średnie zmiany z ograniczeniem ruchomości w zakresie 31-50%	3-5
	c)	duże zmiany z ograniczeniem ruchomości powyżej 50%	6-8
175.	**Utrata palucha – w zależności od wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu:**		
	a)	ubytki opuszki lub częściowa utrata paliczka paznokciowego palucha	1-4
	b)	utrata paliczka paznokciowego palucha	5
	c)	utrata całego palucha	10
	d)	utrata palucha wraz z kością śródstopia – w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia	11-15
176.	**Utrata palucha wraz z innymi palcami stopy:**		
	a)	wraz z co najmniej trzema innymi palcami stopy	16
	b)	wraz ze wszystkim innymi palcami stopy	20
177.	**Uszkodzenia, ubytki w zakresie palców II, III, IV, V:**		
	a)	częściowa utrata palca (za każdy palec)	1
	b)	całkowita utrata palca (za każdy palec)	2
	c)	całkowita utrata czterech palców stopy	8
	d)	znaczne zmiany, duże ograniczenie ruchomości palca	1-2
178.	**Utrata palca V z kością śródstopia**		3-8
179.	**Utrata palców II, III, IV z kością śródstopia – w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych za każdy palec**		3-5

180.	**Uszkodzenia II, III , IV i V palca – zwichnięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich – w zależności od rozległości ubytków, zniekształcenia, ustawienia, stopnia upośledzenia funkcji i liczby uszkodzonych palców orzekać łącznie:**	1-5	

UWAGA:
– Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku w zakresie kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
– Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę tego palca.

N. PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH

			Strona prawa	lewa
181.		**Uszkodzenie częściowe lub całkowite – w zależności od stopnia zaburzeń:**		
	a)	nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	5-15	
	b)	nerwu piersiowego długiego	5-15	5-10
	c)	nerwu pachowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
	d)	nerwu mięśniowo-skórnego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-20
	e)	nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-45	2-35
	f)	nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	3-25
	g)	nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-25	2-15
	h)	nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	1-10
	i)	nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	4-40	3-30
	j)	nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	3-20	2-15
	k)	nerwu łokciowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-25	1-20
	l)	splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	10-25	5-20
	m)	splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej)	15-45	10-40
	n)	pozostałych nerwów odcinka szyjno-piersiowego	1-15	
	o)	nerwu zasłonowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-15	
	p)	nerwu udowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	2-30	
	q)	nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	3-20	
	r)	nerwu sromowego wspólnego	3-25	
	s)	nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy	10-60	
	t)	nerwu piszczelowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-30	
	u)	nerwu strzałkowego – części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	5-20	
	v)	splotu lędźwiowo-krzyżowego	30-60	
	w)	pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego	1-10	

UWAGA:
Wskazana ocena kliniczna i ocena ilościowa oparta na badaniach przewodnictwa nerwowo-mięśniowego.

UWAGI KOŃCOWE:
– Przy wielomiejscowych uszkodzeniach kończyny górnej lub dolnej (lub jej części) w ustaleniu ostatecznej wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu należy brać pod uwagę całkowitą funkcję kończyny (lub jej części) a nie tylko wynik matematyczny sumowania procentów trwałego uszczerbku za poszczególne uszkodzenia.
Łączny stopień pourazowego trwałego uszczerbku kończyny dolnej nie może przekroczyć wartości za amputację na tym poziomie.
– Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy – oceniać według amputacji na wyższym poziomie.
– Przy bliznach po oparzeniach skóry powyżej stopnia IIA zalecana jest dodatkowa ocena z tytułu utraty funkcji skóry. Uszkodzenia w zakresie:
  – twarzy uwzględniono w punkcie 19,
  – szyi uwzględniono w punkcie 55,
  – klatki piersiowej uwzględniono w punkcie 56,
  – brzucha uwzględniono w punkcie 65
  – kończyn za 1% TBSA – 1% uszczerbku,
  – dłoni za 1% TBSA – 4% uszczerbku.

Suplement do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązujący do umów indywidualnych ubezpieczeń na życie

Obciążenia związane z przenoszeniem (podnoszeniem) przedmiotów w zależności od ich ciężaru.

Dźwignięcie ciężaru	Kobiety	Mężczyźni
Ciężar nadmierny	>30 kg	> 50 kg
Ciężar średni	20-30 kg	30-50 kg

Uwzględniając definicję przeciążenia, zdarzenia opisane w Tabeli I i Tabeli II mogą być uznane **jako częściowo spełniające definicję nieszczęśliwego wypadku**, a ich utrwalone skutki zostaną ocenione przez lekarza uprawnionego, z tym że przy ocenie końcowej, wysokość trwałego uszczerbku każdorazowo zostanie pomniejszona o odpowiednią wartość procentową, odniesioną do udziału czynnika chorobowego, co w konsekwencji pomniejsza świadczenie o odpowiednią wartość procentową zgodnie z **Tabelą I** i **Tabelą II**.

Tabela I.
Procentowy udział czynnika chorobowego w powstaniu trwałego uszczerbku na zdrowiu – dotyczy kręgosłupa L i C

Wynik badań obrazowych RTG, CT, NMR	Rodzaj wykonanej czynności, charakter przeciążenia		
Stopień zaawansowania i lokalizacja zmian chorobowych (zwyrodnieniowych) kręgosłupa	Codzienne czynności w domu i pracy (długotrwale wymuszona pozycja ciała: stojąca, siedząca, w skłonie, ruchy zginania lub rotacji tułowia), długotrwały wysiłek fizyczny	Dźwignięcie średniego ciężaru	Dźwignięcie nadmiernego ciężaru, ruch, ćwiczenia, znaczny wysiłek sportowy
Badania obrazowe sprzed zdarzenia – prawidłowe, brak wywiadu chorobowego w tym kierunku	Udział czynnika chorobowego 80%	Udział czynnika chorobowego 50%	Udział czynnika chorobowego 20%
Widoczne zmiany w badaniach obrazowych sprzed zdarzenia – zwężenie przestrzeni międzykręgowych, brzeżne wyrośla kostne na krawędziach trzonów, w RTG zmiana jednopoziomowa, w NMR ekstruzja z rozerwaniem włókien pierścienia włóknistego i penetracją jądra miażdżystego na zewnątrz lub wywiad chorobowy (ból)	Udział czynnika chorobowego 90%	Udział czynnika chorobowego 70%	Udział czynnika chorobowego 60%
Zmiany zaawansowane, wielopoziomowe w RTG – obniżenie wysokości trzonów; niestabilność kręgów. W NMR sekwestracja i przepuklina zaklinowana	Udział czynnika chorobowego 95%	Udział czynnika chorobowego 90%	Udział czynnika chorobowego 80%

Tabela II
Procentowy udział czynnika chorobowego w zerwaniu ścięgna Achillesa lub odpowiednio mięśnia dwugłowego ramienia

Objawy kliniczne, dane medyczne	Przeciążenie		
Oceniany procentowy (%) wpływu choroby na wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu	Rutynowy wysiłek związany z codziennymi czynnościami	Nagłe przeciążenie ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Dźwignięcie nadmiernego ciężaru, znaczne przeciążenie mięśnia, wysiłek sportowy
Badania sprzed zdarzenia nie wskazujące na istnienie zmian chorobowych. Zerwanie częściowe lub całkowite ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Udział czynnika chorobowego 50%		
Badania sprzed zdarzenia wskazujące na istnienie zmian chorobowych lub przebytych urazów w obrębie ścięgna/ lub odpowiednio mięśnia	Udział czynnika chorobowego 95%		

Zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 131/ 2015 TU Allianz Życie Polska S.A. z dnia 27 sierpnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez przedstawiciela Allianz od dnia 7 września 2015 roku.

Veit Stutz
Wiceprezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

ZYOPS-S03 06/17