

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia

Następstw nieszczęśliwych wypadków (indeks GNW01)

Allianz 

Spis treści

§ 1. Postanowienia ogólne	1
§ 2. Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe	2
§ 3. Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia dodatkowe.....	5
§ 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia.....	5
§ 5. Zmiany umowy ubezpieczenia	6
§ 6. Składka ubezpieczeniowa	6
§ 7. Nieopłacenie składek	7
§ 8. Rozliczanie składki	7
§ 9. Czas trwania odpowiedzialności Allianz	7
§ 10. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
§ 11. Wyłączenia odpowiedzialności	8
§ 12. Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń	8
§ 13. Postanowienia końcowe	10
Aneks nr 1	11
Aneks nr 2	13

Załącznik do Aneksu nr 2

**Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia
następstw nieszczęśliwych wypadków**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z OWU GRUPOWEGO NASTĘPSTW NIESZCZĘŚLIWYCH WYPADKÓW
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń.	§1 ust. 5 (str. 1-2) §2 (str. 2-5) §3 (str. 5)
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§11 (str. 8) §12 ust. 1 pkt 4 (str. 8) §12 ust. 3 pkt 4 (str. 9)

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

§ 1.

Postanowienia ogólne

1.

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej o.w.u., TUiR Allianz Polska S.A., zwane dalej Allianz, zawiera umowy ubezpieczenia z Ubezpieczającymi posiadającymi zdolność do czynności prawnych.

2.

Ubezpieczający (lub pełnomocnik zawierający w jego imieniu umowę) zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz pytał przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak również zobowiązany jest zgłaszać zmiany ww. okoliczności niezwłocznie po otrzymaniu ich do wiadomości. W przypadku podania niezgodnych z prawdą okoliczności lub ich zatajenia Allianz nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem powyższych obowiązków nie zostały podane do jego wiadomości.

3.

Przedmiotem ubezpieczenia są następstwa nieszczęśliwych wypadków, polegające na uszkodzeniu ciała lub utracie zdrowia.

4.

Na Ubezpieczającym spoczywa obowiązek udostępnienia Ubezpieczonemu (a w przypadku, gdy Ubezpieczony jest niepełnoletni – jego przedstawicielowi ustawowemu) niniejszych o.w.u. oraz Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, a także wyrażonego poinformowania o obowiązkach, o których mowa w ust. 2 niniejszego paragrafu, przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

5.

Użyte w niniejszych o.w.u. określenia mają następujące znaczenie:

- 1) **amatorskie uprawianie sportu** – aktywność sportowa Ubezpieczonego, której celem jest odpoczynek i rozrywka;
- 2) **amatorskie uprawianie sportów wysokiego ryzyka** – amatorskie uprawianie następujących sportów: motorowych lub motorowodnych, powietrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej przy użyciu sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego lub wymagającej użycia takiego sprzętu, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, kitesurfingu, heliskiingu, heliboardingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
- 3) **akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, co zniwala go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 4) **akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 5) **aktywne uczestnictwo w działaniach wojennych lub aktach terroru** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi oraz aktami terroru w charakterze strony konfliktu lub działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas działań wojennych lub aktów terroru;
- 6) **bierne uczestnictwo w działaniach wojennych lub aktach terroru** – świadomy przyjazd Ubezpieczonego na tereny objęte działaniami wojennymi oraz aktami terroru w celu wykonywania obowiązków służbowych, z zastrzeżeniem pkt 5 niniejszego ustępu;
- 7) **Centrum Operacyjne** – Mondial Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50 B – przedstawiciel Allianz udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany

jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Allianz za pośrednictwem Ubezpieczającego;

- 8) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99);
- 9) **Dyrekcja Generalna** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz, powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz;
- 10) **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 dm³;
- 11) **dziecko** – osoba w wieku do ukończenia 20 roku życia;
- 12) **klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru** – postanowienie umowne wskazujące, że Allianz ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione na skutek działań wojennych lub aktu terroru, do których doszło w czasie pobytu Ubezpieczonego poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, nie dłużej niż siedem dni, licząc od daty zajścia aktu terroru lub daty nagłego wybuchu wojny i nie dłużej niż okres ubezpieczenia oraz działające z wyłączeniem następujących państw: Islamska Republika Afganistanu, Królestwo Arabii Saudyjskiej, Ludowa Republika Bangladeszu, Republika Burundi, Gruzja, Republika Iraku, Jordanijskie Królestwo Haszymidzkie, Republika Kolumbii, Republika Liberii, Islamska Republika Pakistanu, Republika Rwandy, Syryjska Republika Arabska. Klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru ma zastosowanie do następujących świadczeń: świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie na wypadek śmierci, przeszkolenie zawodowe inwalidów, koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zasiłek ambulatoryjny dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, zasiłek szpitalny, trwała niezdolność do pracy;
- 13) **lekarz Centrum Operacyjnego** – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 14) **lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku;
- 15) **lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
- 16) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 17) **nieszczęśliwy 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 odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim związku adekwatnym z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie;
- 18) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzonego w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych przebywających tam chorych, pod tym pojęciem rozumie się również pozostałe oddziały szpitalne intensywnego nadzoru (jak OIOK, SION, OIT) spełniające powyższe kryteria;
- 19) **operacja plastyczna** – operacja mająca na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza prowadzącego jako niezbędna część procesu leczenia;
- 20) **osoba wyznaczona do opieki nad dzieckiem (dziećmi) Ubezpieczonego** – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego do opieki nad jego dzieckiem (dziećmi) na czas hospitalizacji Ubezpieczonego, zamieszkała na terenie kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub w kraju jego hospitalizacji;

- 21) **pobyt w szpitalu** – trwający nieprzerwanie, dłużej niż jeden dzień, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie którego Ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych o.w.u. dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 22) **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;
- 23) **przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
- energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - energii termicznej, elektrycznej – powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń i zatruc,
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;
- jednocześnie zastrzega się, iż stres i przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według niniejszych o.w.u.;
- 24) **rocznica polisy** – każda rocznica daty początku okresu ubezpieczenia (dotyczy umów zawartych w trybie rocznym odnawialnym);
- 25) **sporty powietrzne** – za sporty powietrzne uważa się uprawianie szybownictwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa oraz wszelkiego rodzaju ich odmian, a także uprawianie jakichkolwiek dyscyplin związanych z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej;
- 26) **sprzęt rehabilitacyjny** – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 27) **suma ubezpieczenia** – kwota wyrażona w złotych, określona w dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca maksymalną wartość świadczenia wypłacanego w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 2 ust. 2 i 3 pkt 3 niniejszych o.w.u.;
- 28) **system świadczeń proporcjonalnych** – zestawienie trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadających im przedziałów procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, według obowiązującej w Allianz Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, na podstawie której wypłacane jest świadczenie. Tabela stanowi odrębny dokument;
- 29) **system świadczeń stałych** – zestawienie trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadającego im procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, zamieszczone w § 2 ust. 1 pkt 2 niniejszych o.w.u., na podstawie którego wypłacane jest świadczenie;
- 30) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej, w przypadku terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 31) **trwała niezdolność do pracy** – trwała i całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, a także do podejmowania jakiegokolwiek działalności przynoszącej dochód lub wynagrodzenie, orzeczona na okres co najmniej 12 miesięcy przez ZUS, KRUS lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie; wystąpienie trwałej niezdolności do pracy stwierdza lekarz uprawniony lub konsultant medyczny Allianz na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie;
- 32) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku. Wskazania wysokości przyznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu w systemie świadczeń proporcjonalnych dokonuje się na podstawie orzeczenia lekarskiego, zaś w systemie świadczeń stałych odpowiednio przez uprawnionych przedstawicieli Allianz na podstawie przedstawionej przez zgłaszającego roszczenie dokumentacji medycznej;
- 33) **Ubezpieczający** – osoba, z którą Allianz zawiera umowę ubezpieczenia i która zobowiązuje się opłacić składkę ubezpieczeniową;
- 34) **Ubezpieczony** – osoba, na rachunek której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 35) **udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wyciecznienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również skutki krwotoku podpajęczynówkowego na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nieskutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Wyłączone są również udary mózgu skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie trzech dni od ich wystąpienia;
- 36) **Uposażony** – osoba lub osoby wskazane pisemnie przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić Uposażonego. Zmiana obowiązuje od dnia następnego po otrzymaniu wniosku przez Allianz. W sytuacji gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony nie zostanie wskazany na piśmie, stosuje się przepisy § 12 ust. 3 pkt 3 niniejszych o.w.u.;
- 37) **utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 38) **wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu** – regularne lub intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 39) **wypadek przy pracy** – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 199, poz. 1673 z późn. zm.), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego; zdarzenie to musi spełniać definicję nieszczęśliwego wypadku określoną w pkt 17 niniejszego ustępu;
- 40) **zakres pełny** – ochrona ubezpieczeniowa obejmująca świadczenia związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków, jakim może ulec Ubezpieczony przy wykonywaniu czynności zawodowych (szkolnych) i w życiu prywatnym – 24 godziny na dobę, na całym świecie;
- 41) **zakres ograniczony** – ochrona ubezpieczeniowa obejmująca świadczenia związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków, jakim może ulec Ubezpieczony przy wykonywaniu czynności zawodowych (szkolnych), na całym świecie;
- 42) **zawał serca** – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nieskutkujące pilną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały oraz zawały skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie trzech dni od ich wystąpienia.

§ 2. Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia podstawowe

1.

Świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu
Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do trwałego upośledzenia funkcji fizycznych (trwały uszczerbek na zdrowiu), Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu. Świadczenie wypłacane jest w ramach systemu świadczeń proporcjonalnych lub systemu świadczeń stałych wybranego przez Ubezpieczającego w momencie podpisywania umowy.

- 1) W systemie świadczeń proporcjonalnych świadczenie wypłacane jest na podstawie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w Allianz w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia w takim procencie sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.
- 2) W systemie świadczeń stałych świadczenie wypłacane jest na podstawie poniżej umieszczonego zestawienia trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadającego im procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, w odniesieniu do sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.

I. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy:	
A. porażenie połowicze utrwalone	100%
B. niedowład połowiczy	40%
C. całkowita utrata mowy	60%
II. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu:	
A. utrata wzroku w jednym oku	30%
B. utrata wzroku w obu oczach	100%
C. utrata słuchu w jednym uchu	15%
D. obustronna utrata słuchu	60%
III. Uszkodzenia klatki piersiowej:	
A. amputacja jednego płuca	30%
B. amputacja całkowita piersi	15%
IV. Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych:	
A. utrata fizyczna śledziony	20%
B. utrata fizyczna jednej nerki	20%
C. częściowa amputacja pracy	15%
D. całkowita amputacja pracy	40%
E. utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	20%
F. utrata fizyczna obu jąder lub jajników	40%
G. utrata fizyczna macicy i pochwy	30%
V. Uszkodzenia kręgosłupa:	
uszkodzenia rdzenia:	
A. całkowite porażenie czterech kończyn (utrata funkcji)	100%
B. niedowład dużego stopnia czterech kończyn	80%
C. całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90%
D. niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się o lasce	40%
E. całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40%
F. całkowite porażenie obu kończyn górnych	100%
G. niedowład obu kończyn górnych	60%
H. całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50%
I. zaburzenia funkcji zwieraczy bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20%
VI. Uszkodzenia kończyn górnych *	
A. amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70%
B. amputacja kończyny wraz z łopatką	75%
C. amputacja kończyny na poziomie ramienia	65%
D. amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90%
E. amputacja w stawie łokciowym	60%
F. amputacja kończyny w obrębie przedramienia	55%
G. amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50%
H. amputacja pięciu palców jednej ręki	50%
I. amputacja kciuka	15%
J. amputacja palca wskazującego	12%
K. amputacja innego palca	7%
* UWAGA: Powyższa ocena dotyczy dominującej kończyny górnej – w przypadku uszkodzenia w drugiej kończynie uszczerbek ulega pomniejszeniu każdorazowo o 5%.	
VII. Uszkodzenia kończyn dolnych	
A. amputacja kończyny dolnej przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	80%
B. amputacja obu kończyn dolnych przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90%
C. amputacja kończyny na poziomie uda	70%
D. amputacja kończyny na poziomie kolana	65%
E. amputacja kończyny w obrębie podudzia	60%
F. amputacja stopy w obrębie śródstopia	25%
G. amputacja stopy w stawie Lisfranca	35%
H. amputacja stopy w stawie Choparta	40%
I. amputacja stopy w całości	50%
J. amputacja obu stóp	70%
K. amputacja całego palucha	12%

2.

Podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu
Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku zostanie określone przynajmniej 90% trwałego uszczerbku na zdrowiu, Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu naliczone od podwójnej sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3.

Świadczenie na wypadek śmierci

- 1) Świadczenie na wypadek śmierci wypłacane jest w razie stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci Ubezpieczonego z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
- 2) Świadczenie na wypadek śmierci przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia wypadku.

- 3) Sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci stanowi połowa sumy ubezpieczenia określonej na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, o ile nie umówiono się inaczej. W przypadku ubezpieczenia dziecka suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi maksymalnie 20 000 złotych.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku przed upływem jednego roku od daty wypadku, Allianz wypłaca Uposażonemu jednorazowe świadczenie w wysokości pełnej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że wcześniej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli jednak świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostało już wypłacone, to świadczenie na wypadek śmierci zostaje pomniejszone o uprzednio wypłaconą kwotę.

4.

Przeszkolenie zawodowe inwalidów

- 1) Ubezpieczonemu, w stosunku do którego odpowiedni organ rentowy orzekł celowość przekwalifikowania zawodowego ze względu na niezdolność do pracy w dotychczasowym zawodzie, Allianz zwraca koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów.
- 2) Allianz zwraca koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów, jeżeli konieczność przekwalifikowania zawodowego wynika wyłącznie i bezpośrednio z następstw zdrowotnych nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie odpowiedzialności Allianz.
- 3) Allianz dokona zwrotu kosztów przeszkolenia zawodowego inwalidów, pod warunkiem że zostały one poniesione w okresie nie dłuższym niż dwa lata od daty wypadku – do wysokości 25% sumy ubezpieczenia, maksymalnie jednak do kwoty 5000 złotych.
- 4) Koszty przeszkolenia zawodowego inwalidów zwracane są wyłącznie wówczas, gdy nie mogą być pokryte z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz pod warunkiem że zostały poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

5.

Świadczenia opiekuńcze na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

Niezależnie od doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu oraz wybranego przez Ubezpieczającego zakresu ubezpieczenia (pełnego lub ograniczonego), Allianz gwarantuje następujące świadczenia opiekuńcze:

- 1) wizyta lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową, Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.
- 2) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową, Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.
- 3) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nagłemu zachorowaniu lub nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową i w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia, Allianz pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Allianz nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach.
- 4) transport medyczny z osobą bliską z miejsca zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – w razie wystąpienia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 5) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 6) transport medyczny z osobą bliską z placówki medycznej do placówki medycznej – jeżeli placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz pokrywa

- koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 7) organizacja procesu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Allianz zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego albo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 700 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Allianz:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 9) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – jeżeli Ubezpieczony w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż trzy dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Allianz do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi 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 przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w pkt a) lub b), Allianz:
 - c) organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 złotych za każdy dzień i maksymalnie do trzech 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; świadczenia usług, o których mowa w pkt 9 a, b i c, są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
 - 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania dziecka lub osoby niesamodzielnej – Allianz organizuje i pokrywa koszty opieki nad dzieckiem Ubezpieczonego lub osobą niesamodzielną. Usługa jest świadczona przez jeden dzień, do wysokości 200 zł. Świadczenie jest realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą;
 - 11) organizacja prywatnych lekcji – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego, na podstawie zwolnienia lekarskiego, będzie musiało przebywać w domu powyżej siedmiu dni, Allianz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu zamieszkania dziecka Ubezpieczonego do wysokości 200 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 12) organizacja pobytu opiekuna prawnego w szpitalu w razie hospitalizacji dziecka – w sytuacji gdy dziecko Ubezpieczonego 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 w hotelu przyszpitalnym do wysokości 500 zł w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 13) opieka pielęgniarki po hospitalizacji – w sytuacji gdy Ubezpieczony na skutek nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku był hospitalizowany przez okres dłuższy niż pięć dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w związku ze stwierdzoną, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 1500 zł przez okres maksymalnie pięciu dni;
 - 14) pomoc domowa – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż siedem dni, Allianz zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników; usługa świadczona jest do wysokości 300 złotych i maksymalnie przez pięć dni;
 - 15) pomoc medyczna za granicą – w razie zajścia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej oraz kraju stałego lub czasowego zameldowania Ubezpieczonego, Allianz gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdu lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz pokrywa koszty jednej wizyty lekarskiej do równowartości 200 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego. Ubezpieczony zobowiązany jest zgłosić chęć wyjazdu do Centrum Operacyjnego na siedem dni przed planowaną datą podróży zagranicę. Centrum Operacyjne czynne jest 24 godziny na dobę przez 365 dni w roku.
 - 16) opieka nad zwierzętami domowymi – po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego potwierdzenia ze szpitala co do przewidywanego, trwającego minimum trzy dni, czasu hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, Allianz zapewnia:
 - a) zorganizowanie opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokrycie jej kosztów do wysokości 150 złotych i maksymalnie do trzech dni;
 - b) zorganizowanie przewozu zwierząt domowych do osoby wyznaczonej do opieki lub do odpowiedniej placówki i pokrycie kosztów przewozu do wysokości 200 złotych. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub odpowiednią placówkę. Powyższe świadczenia są realizowane w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad zwierzętami oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych.
 - 17) opieka psychologa – w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku lub w trudnych sytuacjach losowych (zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, poronienie, zgon współmałżonka, choroba Ubezpieczonego) Allianz zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku lub jednej sytuacji losowej. Allianz na prośbę Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.
 - 18) zdrowotne usługi informacyjne – Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu:
 - a) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - b) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży itp.;
 - c) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - d) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - e) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - f) informacje o dietach, zdrowym żywności;
 - g) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - h) informowanie o domach pomocy społecznej, hospicjach;
 - i) informowanie o przebiegu załatwiania formalności związanych ze zgonem bliskiej osoby;
 - j) informowanie o schorzeniach, stosowanych metodach leczenia i nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Rzeczypospolitej Polskiej przepisów);
 - k) informowanie o niezbędnych badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku;
 - l) informowanie na temat grup wsparcia dla osób dotkniętych alkoholizmem, w trudnej sytuacji rodzinnej, cierpiących na określone schorzenia, kobiet po mastektomii, dla rodziców ciężko chorych dzieci;
 - m) informowanie o aptekach czynnych przez całą dobę;
 - n) informacje dla podróżnych: szczepienia, zagrożenia epidemiologiczne;
 - 19) infolinia „Baby Assistance” – Allianz gwarantuje Ubezpieczonemu następujący zakres informacji:

- a) objawy ciąży;
- b) badania prenatalne;
- c) wskazówki w zakresie przygotowania się do porodu;
- d) szkoły rodzenia;
- e) pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie;
- f) karmienie noworodka;
- g) obowiązkowe szczepienia dzieci;
- h) pielęgnacja noworodka.

6.

Zawał serca albo udar mózgu dla osób poniżej 30 roku życia

- 1) Jeżeli u Ubezpieczonego, który nie ukończył 30 roku życia, wystąpi pierwszy w życiu zawał serca lub pierwszy w życiu udar mózgu (spełniające definicje określone w niniejszych o.w.u.), które wymagają hospitalizacji, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu sumę ubezpieczenia w wysokości 5 000 zł z tytułu wystąpienia jednej z tych chorób.
- 2) W razie opłacenia składki za świadczenie dodatkowe z tytułu zawału serca albo udaru mózgu, świadczenia wskazane w niniejszym ustępie oraz wymienione w § 3 ust. 4 niniejszych o.w.u. zostają zsumowane.
- 3) Zawał serca albo udar mózgu w świetle niniejszych o.w.u. nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek.

§ 3.

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz – świadczenia dodatkowe

Po opłaceniu dodatkowej składki umowa ubezpieczenia może obejmować także następujące świadczenia dodatkowe:

1.

Koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

- 1) Allianz refunduje koszty leczenia poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, niezależnie od miejsca wystąpienia wypadku (cały świat), maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- 2) Refundacji podlegają koszty, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty wypadku.
- 3) Za koszty leczenia uznaje się:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego (szpitalnego);
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym;
 - d) koszty lekarstw i innych medykamentów;
 - e) koszty operacji plastycznych;
 - f) koszty transportu medycznego środkami ratownictwa medycznego, jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - g) koszty zakupu protez i środków pomocniczych;
 - h) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych;
 - j) koszty zakupu wózka inwalidzkiego;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
- 4) Allianz może odstąpić od refundacji tych kosztów leczenia, które zostały uznane za bezzasadne przez lekarza uprawnionego.
- 5) Koszty leczenia są pokrywane bez względu na wysokość orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 6) Jeżeli Ubezpieczony uległ wypadkowi i był ubezpieczony w Allianz na podstawie kilku umów ubezpieczenia obejmujących koszty leczenia, to świadczenie z tego tytułu nie może przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków poniesionych na ten cel.

2.

Zasiłek ambulatoryjny dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę

- 1) Jeżeli wypadek objęty umową ubezpieczenia doprowadził do utraty zdolności do pracy, trwającej nieprzerwanie przez minimum 35 dni, to od 36 dnia niezdolności do pracy jest wypłacany zasiłek ambulatoryjny, który przyznawany zostaje za okres od pierwszego dnia zwolnienia lekarskiego, za wszystkie dni nieprzerwanej niezdolności do pracy związane z danym wypadkiem, przez okres nie dłuższy niż 365 dni od dnia zaistnienia wypadku.
- 2) Zasiłek ambulatoryjny jest wypłacany za każdy dzień niezdolności do pracy, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, na podstawie przedłożonego druku zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA), a także po potwierdzeniu uznania jego zasadności przez lekarza wskazanego przez Allianz.
- 3) Rozpoznanie medyczne schorzenia, będącego wskazaniem do zwolnienia lekarskiego, musi mieć bezpośredni związek z nieszczęśliwym wypadkiem.
- 4) Świadczenie zasiłku ambulatoryjnego nie przysługuje, jeżeli w chwili wypadku Ubezpieczony nie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, pomimo opłacenia dodatkowej składki.

3.

Zasiłek szpitalny

- 1) Jeżeli w wyniku wypadku objętego umową ubezpieczenia Ubezpieczony znalazł się w szpitalu w celu leczenia lub diagnostyki po urazie, a początek hospitalizacji nastąpił w okresie nie późniejszym niż druga doba od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Allianz zobowiązany jest do wypłaty zasiłku szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu.
- 2) Allianz dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej dwa dni.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony przebywał na OIOM-ie przez co najmniej dwa dni, Allianz dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM-ie, w podwójnej wysokości zasiłku szpitalnego określonego w umowie ubezpieczenia, maksymalnie jednak do pięciu dni pobytu na OIOM-ie. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Allianz wypłaca zasiłek w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
- 4) Allianz zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania przy ustalaniu wysokości świadczenia dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.
- 5) Zasiłek szpitalny jest wypłacany za pierwszą nieprzerwaną hospitalizację, następującą bezpośrednio po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, nie dłużej jednak niż przez 365 dni.

4.

Zawał serca albo udar mózgu

- 1) Jeżeli u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi pierwszy w życiu zawał serca lub pierwszy w życiu udar mózgu (spełniające definicje określone w niniejszych o.w.u.), które wymagają hospitalizacji, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu sumę określoną w umowie ubezpieczenia z tytułu wystąpienia jednej z tych chorób.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawału serca albo udaru mózgu dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 60 roku życia i dla umów zawartych w trybie rocznym odnawialnym trwa do końca rocznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
- 3) Zawał serca albo udar mózgu w świetle niniejszych o.w.u. nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek.

5.

Trwała niezdolność do pracy

W razie powstania trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku objętego umową ubezpieczenia, Allianz zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

§ 4.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, o ile nie umówiono się inaczej.

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w trybie rocznym odnawialnym – w takiej sytuacji umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku i ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

Umowa, w której Ubezpieczający jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, nie może zostać zawarta w trybie rocznym odnawialnym.

2.

W razie przedłużenia umowy ubezpieczenia zawartej w trybie rocznym odnawialnym na następny roczny okres ubezpieczenia z zachowaniem trybu określonego w ust 1 umowa ta przedłużana jest na takich samych warunkach jak umowa zawarta w poprzedzającym ją okresie rocznym, a dotychczas obowiązujące dokumenty potwierdzające zawarcie umowy ubezpieczenia pozostają w mocy, chyba że strony postanowią zmienić warunki umowy ubezpieczenia zgodnie z trybem określonym w § 5 lub w § 6 ust. 6-9.

3.

Umowa ubezpieczenia obejmuje ochroną ubezpieczeniową następstwa nieszczęśliwych wypadków zaistniałe w okresie trwania umowy ubezpieczenia.

4.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na podstawie niniejszych o.w.u. dla grupy liczącej co najmniej pięć osób.

5.
Za zgodą Allianz dopuszcza się możliwość utworzenia w jednej umowie ubezpieczenia zawartej w formie imiennej kilku grup ubezpieczonych ze zróżnicowanymi sumami ubezpieczenia, rodzajami świadczeń dodatkowych oraz składką ubezpieczeniową, z uwzględnieniem następujących zasad:

- 1) te same osoby nie mogą być ubezpieczone w więcej niż jednej grupie,
- 2) Ubezpieczeni mogą zmieniać grupy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wyłącznie w umowach zawartych w trybie rocznym odnawialnym, w rocznicę polisy.

6.
Umowę ubezpieczenia zawiera się na rachunek osób, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 65 roku życia, z wyjątkiem umów bezimiennych, w których wiek nie jest brany pod uwagę oraz z uwzględnieniem postanowień § 3 ust. 4 pkt 2 niniejszych o.w.u.

7.
W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na okres jednego roku, na podstawie której dochodzi do ciągłej kontynuacji ochrony udzielanej na podstawie poprzednio zawartej umowy, dopuszczalne jest zawieranie kolejnych umów, aż do momentu ukończenia przez Ubezpieczonego 70 roku życia, z zastrzeżeniem, że z ochrony ubezpieczeniowej wyłączone jest świadczenie z tytułu zawału serca oraz udaru mózgu. Ochrona trwa wówczas do końca rocznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 70 rok życia.

8.
Ubezpieczający w porozumieniu z Allianz określa w umowie ubezpieczenia rodzaje świadczeń, wysokość sum ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, a także wybrany system świadczeń.

9.
Zawarcie umowy ubezpieczenia Allianz potwierdza polisą ubezpieczeniową.

10.
Ubezpieczenie w formie imiennej

- 1) W przypadku ubezpieczenia w formie imiennej Ubezpieczający ma obowiązek dołączyć do polisy listę osób objętych ubezpieczeniem oraz wymagane przez Allianz dane osób objętych ubezpieczeniem.
- 2) W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany każdorazowo przysyłać, najpóźniej ostatniego dnia miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym zmieniła się liczba Ubezpieczonych, następujące dokumenty:
 - a) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu trwania ochrony ubezpieczeniowej („Raport stanu osobowego”);
 - b) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Allianz („Raport stanu osobowego”).
- 3) W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do ubezpieczenia mogą przystępować osoby nowo zatrudniane, pod warunkiem że charakter wykonywanej przez nie pracy jest taki sam jak w przypadku osób już ubezpieczonych. Osoby o innym charakterze zatrudnienia mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową dopiero po pisemnym uzgodnieniu z Allianz zakresu, sum ubezpieczenia i składki.

11.
Ubezpieczenie w formie bezimiennej

- 1) Formę ubezpieczenia grupowego bezimiennego stosuje się pod warunkiem objęcia ubezpieczeniem wszystkich osób należących do ściśle zdefiniowanej i udokumentowanej zbiorowości, np. zakładu pracy, wydziału lub innych jednostek organizacyjnych.
- 2) Wszystkie osoby zaliczone do określonej zbiorowości ubezpieczone są na jednakowych warunkach (rodzaje świadczeń, wysokość sum ubezpieczenia, zakres ubezpieczenia, system świadczeń, składka).
- 3) Ubezpieczający zobowiązany jest podać liczbę osób objętych ubezpieczeniem oraz charakter wykonywanej przez nie pracy.
- 4) Ubezpieczający zobowiązany jest podać na koniec każdego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej dokładną liczbę osób, którym Allianz udzielał w tym okresie ochrony ubezpieczeniowej, z podziałem na charakter wykonywanej pracy.
- 5) W razie braku informacji, o której mowa w pkt 4, przyjmuje się, że liczba osób nie uległa zmianie w stosunku do poprzedniego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) W przypadku niezgodności podanych danych ze stanem faktycznym, Allianz może odmówić wypłaty świadczenia, a także odstąpić od umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 5.
- 7) W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do ubezpieczenia mogą przystępować osoby nowo zatrudniane, pod warunkiem że charakter wykonywanej przez nie pracy jest taki sam jak w przypadku osób już ubezpieczonych. Osoby o innym charakterze zatrudnienia mogą zostać

objęte ochroną ubezpieczeniową dopiero po pisemnym uzgodnieniu z Allianz zakresu, sum ubezpieczenia i składki.

§ 5.
Zmiany umowy ubezpieczenia

1.
Każda ze stron umowy może wystąpić z wnioskiem o dokonanie zmian w umowie zawartej w trybie rocznym odnawialnym. Wniosek o dokonanie zmian w umowie składany jest drugiej stronie umowy:

- 1) nie później niż na miesiąc przed proponowanym początkiem obowiązywania zmian, jeżeli o zmianę wnioskuję Ubezpieczający;
- 2) nie później niż na dwa miesiące przed każdą rocznicą polisy, jeżeli o zmianę wnioskuję Allianz.

Zmiany w umowie ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego dokonywane są za pisemną zgodą Dyrekcji Generalnej Allianz.

2.
W przypadku gdy w trakcie trwania umowy zawartej w trybie rocznym odnawialnym dziecko objęte ubezpieczeniem ukończy 20 rok życia, od rocznicy polisy następującej po dacie ukończenia 20 roku życia osoba ta może być objęta ubezpieczeniem jako osoba dorosła zgodnie z charakterem wykonywanej pracy, pod warunkiem zgłoszenia przez Ubezpieczającego tej osoby do ubezpieczenia jako osoby dorosłej.

3.
Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego pisemnego informowania Allianz o wszelkich zmianach dotyczących charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, jakie mogą mieć miejsce w czasie trwania umowy ubezpieczenia.

§ 6.
Składka ubezpieczeniowa

1.
Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę w wysokości i z częstotliwością wskazaną w umowie ubezpieczenia.

2.
Składka może być płatna za okresy miesięczne, kwartalne, za okres półroczny lub z góry za cały rok obowiązywania umowy, z zastrzeżeniem, że w umowach ubezpieczenia, w których Ubezpieczający jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej, oraz w przypadku ubezpieczenia zawartego na okres krótszy niż jeden rok, składka płatna jest jednorazowo.

3.
Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Przy ustalaniu wysokości składki Allianz bierze pod uwagę: system świadczeń, rodzaje świadczeń dodatkowych, wysokość sum ubezpieczenia, częstotliwość opłacania składek, wiek oraz charakter wykonywanej pracy przez osoby objęte ubezpieczeniem.

4.
Składka płatna jest zgodnie z częstotliwością opłacania składek, począwszy od dnia wskazanego w polisie. Składka lub rata składki jest płatna łącznie za całą grupę najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna, z zastrzeżeniem, że w umowach ubezpieczenia, w których Ubezpieczający jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej oraz w przypadku ubezpieczenia zawartego na okres krótszy niż jeden rok, składka jest płatna najpóźniej na dzień przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia.

5.
Za dokonanie opłaty składki ubezpieczeniowej (raty) uważa się przekazanie Allianz, w terminie określonym w umowie ubezpieczenia, należnej kwoty składki (raty), udokumentowane w formie:

- 1) kwitariusza wpłaty gotówkowej potwierdzonego przez agenta;
- 2) potwierdzenia dokonania przelewu bankowego na właściwy rachunek bankowy Allianz;
- 3) dowodu dokonania wpłaty za pomocą przekazu pocztowego na właściwy rachunek bankowy Allianz;
- 4) kwitariusza wpłaty potwierdzonego przez agenta w razie płatności za pomocą karty płatniczej.

6.
W przypadku umów zawartych w trybie rocznym odnawialnym wysokość składki jest ustalana przez Allianz na każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Allianz poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

7.

Jeżeli Ubezpieczający po otrzymaniu od Allianz informacji o wysokości składki na następny roczny okres ubezpieczenia doręczy Allianz, najpóźniej na 30 dni przed rocznicą polisy, pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Allianz wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.

8.

Allianz, informując Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, jednocześnie podaje do wiadomości skutki niewyrażenia zgody na proponowaną zmianę opisane w ust. 7.

9.

Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 7, będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

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

§ 7.

Nieopłacenie składek

1.

W sytuacji gdy składka należna w danym okresie nie została opłacona do dziesiątego dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), to Allianz zawiesi odpowiedzialność od pierwszego dnia tego okresu z zastrzeżeniem ust. 6 niniejszego paragrafu. Odpowiedzialność Allianz ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres trzech miesięcy, chyba że Allianz postanowi inaczej. W razie niezapłacenia składki Allianz wezwie Ubezpieczającego do jej zapłaty, podając skutki niezapłacenia składki opisane w niniejszym paragrafie.

2.

Składkę uważa się za niezapłaconą, w szczególności jeżeli wysokość składki przekazanej na rachunek bankowy Allianz jest niższa niż wynikająca z liczby osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem. Liczbę osób, które w danym okresie mają być objęte ubezpieczeniem, ustala się na podstawie dokumentów, o których mowa w § 4 ust. 10 pkt 2 oraz ust. 11 pkt 4 niniejszych o.w.u.

3.

Odpowiedzialność Allianz ulega wznowieniu od dnia jej zawieszenia po zapłaceniu przez Ubezpieczającego na rzecz Allianz kwoty za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty oraz składki za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.

4.

W razie niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 3 w terminie trzech miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Allianz wygasa i umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona składka lub jej rata.

5.

Z tytułu wystąpienia w okresie zawieszenia odpowiedzialności Allianz zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Allianz wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. W razie gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Allianz jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie zawieszenia odpowiedzialności.

6.

W razie podjęcia decyzji o niezawieszeniu odpowiedzialności, Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki.

7.

Ust. 1, 2, 3, 4, 5, niniejszego paragrafu nie mają zastosowania do umów ubezpieczenia, w których Ubezpieczający jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej oraz w przypadku ubezpieczenia zawartego na okres krótszy niż jeden rok.

8.

W przypadku niezapłacenia w terminie raty składki z tytułu umów ubezpieczenia określonych w ust. 7 oraz w sytuacji gdy Allianz podejmie decyzję o niezawieszeniu odpowiedzialności, zgodnie z postanowieniami ust.

6 niniejszego paragrafu umowę ubezpieczenia uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, jeżeli rata składki nie zostanie zapłacona w dodatkowym 30-dniowym terminie określonym w wezwaniu do zapłaty wysłanym przez Allianz po terminie płatności raty składki. W przypadku wypowiedzenia umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona rata składki.

9.

Allianz ma prawo wypowiedzieć umowę, na podstawie której nie doszło do rozpoczęcia przewidzianej nią odpowiedzialności, gdy Ubezpieczający nie opłacił składki lub jej pierwszej raty mimo upływu 30 dni od terminu płatności.

§ 8.

Rozliczanie składek

1.

Bieżące rozliczanie składek

- 1) Jedynie polisy opłacane kwartalnie i miesięcznie mogą być rozliczane na bieżąco.
- 2) Rozliczanie odbywa się miesięcznie lub kwartalnie, zgodnie z faktyczną liczbą ubezpieczonych osób w danym miesiącu lub kwartale, na podstawie pisemnie zgłoszonego przez Ubezpieczającego wykazu osób przystępujących i/lub występujących z umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 4 ust. 10 pkt 2 oraz ust. 11 pkt 4 niniejszych o.w.u.

2.

Rozliczanie na koniec okresu ubezpieczenia

- 1) Polisy opłacane półrocznie lub rocznie są każdorazowo rozliczane na koniec okresu ubezpieczenia.
- 2) Na wniosek Ubezpieczającego polisy opłacane miesięcznie lub kwartalnie również mogą być rozliczane na koniec okresu ubezpieczenia.
- 3) Rozliczenie składki na koniec okresu ubezpieczenia następuje na podstawie faktycznej liczby ubezpieczonych osób w każdym miesiącu trwania polisy.
- 4) W razie nadpłaty składki Allianz w ciągu 30 dni od końca okresu ubezpieczenia zwróci Ubezpieczającemu nadpłaconą kwotę.
- 5) W razie pobrania za niskiej składki Ubezpieczający zobowiązany jest dopłacić różnicę w terminie 14 dni od wezwania do zapłaty przez Allianz.

§ 9.

Czas trwania odpowiedzialności Allianz

1.

O ile strony nie postanowiły inaczej, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż w dniu opłacenia składki, a kończy się z upływem okresu, na jaki ją zawarto, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1 niniejszych o.w.u.

2.

Ochrona ubezpieczeniowa dla osób przystępujących w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, zawartej w formie imiennej, rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, po przesłaniu dokumentów, o których mowa w § 4 ust. 10 pkt 2 niniejszych o.w.u.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 2) w ostatnim dniu miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym zlikwidowano zakład pracy, szkołę, stowarzyszenie, organizację itp.;
- 3) w ostatnim dniu miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym zakończy się członkostwo Ubezpieczonego w stowarzyszeniu lub organizacji itp.;
- 4) w ostatnim dniu miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym Ubezpieczony podejmuje inny rodzaj pracy, nieobjęty umową ubezpieczenia;
- 5) w ostatnim dniu miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym wygaśnie stosunek pracy;
- 6) w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 7) w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności, o którym mowa w § 7 ust. 4 niniejszych o.w.u.
- 8) dla umów zawartych w trybie rocznym odnawialnym – w dniu poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 roku życia;
- 9) w przypadku ubezpieczenia dzieci w umowach zawartych w trybie rocznym odnawialnym – w dniu poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez dziecko 20 roku życia;
- 10) z tytułu zawału serca albo udaru mózgu w przypadku wykupienia świadczenia dodatkowego zawału serca albo udaru mózgu w umowach zawartych w trybie rocznym odnawialnym – w dniu poprzedzającym rocznicę polisy, następującą po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 roku życia.

§ 10.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Allianz otrzymał informację o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.

2.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej.

3.

W razie rozwiązania umowy w trybie określonym w ust. 1 Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ochrony lub składki wpłaconej po rozwiązaniu umowy.

4.

Jeżeli umowa została zawarta na okres krótszy niż sześć miesięcy, to Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia. Jeżeli umowa została zawarta na okres dłuższy niż sześć miesięcy, to Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie siedmiu dni od dnia zawarcia umowy.

5.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres udzielanej przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej.

6.

W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w pełnej wysokości.

§ 11.

Wyłączenia odpowiedzialności

1.

Zakres ubezpieczenia wszystkich świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych nie obejmuje:

- 1) wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, skutków samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności;
- 2) czynnego i nieczynnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
- 3) wypadków będących następstwem wszelkich stanów chorobowych, w tym następstw chorób psychicznych;
- 4) świadczenia z tytułu zawału serca albo udaru mózgu, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 niniejszych o.w.u.;
- 5) wypadków będących bezpośrednio wynikiem działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 6) skutków wypadków powstałych, gdy Ubezpieczony prowadził pojazd bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazd nie-dopuszczony do ruchu;
- 7) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 8) wszelkich wydarzeń powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terronu, z zastrzeżeniem klauzuli nieoczekiwanej wojny lub aktu terronu;
- 9) aktywnego uczestnictwa we wszelkich wydarzeniach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terronu;
- 10) biernego uczestnictwa we wszelkich wydarzeniach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terronu, o ile nie zapłacono dodatkowej składki;
- 11) skutków zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 12) skutków wypadków bezpośrednio lub pośrednio spowodowanych energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym i polem magnetycznym w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 13) skutków wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;

- 14) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 15) skutków wypadków powstałych podczas wykonywania zadań kaskaderskich;
- 16) skutków wypadków powstałych podczas wyczynowego lub zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, o ile nie umówiono się inaczej;
- 17) amatorskiego uprawiania sportów wysokiego ryzyka;
- 18) konsekwencji wypadków w postaci: chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych, nerwic.

2.

Zakres ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od postanowień § 11 pkt 1 niniejszych o.w.u., dodatkowo nie obejmuje:

- 1) świadczeń uzyskanych przez Ubezpieczonego poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania akceptacji Centrum Operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności;
- 3) kosztów transportu leków nieprzepisanych przez lekarza prowadzącego;
- 4) kosztów zakupu leków;
- 5) kosztów świadczeń wymienionych w § 2 ust. 5 niniejszych o.w.u., jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego.

3.

Zakres ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od postanowień § 11 pkt 1 niniejszych o.w.u., dodatkowo nie obejmuje:

- 1) zabiegów ze wskazań estetycznych;
- 2) leczenia przez lekarza będącego członkiem rodziny Ubezpieczonego;
- 3) zabiegów lub leczenia nieznanego w sposób naukowy i medyczny;
- 4) kosztów leczenia powstałych w wyniku niestosowania się do zaleceń lekarza prowadzącego;
- 5) kosztów artykułów żywnościowych i używek;
- 6) kosztów pielęgnacji chorych oraz podróży i pobyków w celach leczniczych w sanatoriach i uzdrowiskach.

§ 12.

Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń

1.

Postanowienia dotyczące świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych

- 1) Wypłata świadczenia z tytułu: przeszkolenia zawodowego inwalidów, kosztów leczenia, zasiłku szpitalnego, zasiłku ambulatoryjnego, trwałej niezdolności do pracy, o ile są one objęte ochroną ubezpieczeniową, następuje tylko w razie uznania przez Allianz zasadności roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 2) Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także użyć dostępnych mu środków w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
- 3) 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 orzekającego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zaleconego leczenia.
- 4) Naruszenie obowiązków określonych w pkt 2 lub 3 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
- 5) W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo – na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, pomimo trzykrotnego pisemnego powiadomienia na ostatni podany przez Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) adres, Allianz zastrzeżenie sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
- 6) Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedłożenie Allianz dokumentacji medycznej w języku angielskim, jak również w języku obowiązującym w państwie, na terenie którego wystąpił wypadek.
- 7) Allianz zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazdy transportem publicznym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Allianz miejsc orzekania lekarzy Allianz, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. bilet komunikacji miejskiej, bilet PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Allianz zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.
- 8) Zasadność przyznania świadczeń potwierdzają lekarz lub lekarze wskazani przez Allianz oraz inni uprawnieni przedstawiciele Allianz.

- 9) Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia są wypłacane w złotych polskich.
- 10) Allianz wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu wypadku, z zastrzeżeniem pkt 11.
- 11) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz wypłaca w terminie przewidzianym w pkt 10.
- 12) Allianz określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
- 13) Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
- 14) Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej wobec Allianz i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej lekarzom uprawnionym oraz lekarzom Centrum Operacyjnego.
- 15) Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest objęty zakresem ubezpieczenia ani nie wpływa na wysokość świadczenia Allianz.
- 16) Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, wymienione w § 2 ust. 1, ust. 5 oraz § 3 ust. 1, 2, 3 niniejszych o.w.u., są wypłacane w odniesieniu do każdego zdarzenia zaistniałego w okresie ubezpieczenia.
- 17) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczeń jest przedstawienie oryginałów wymaganych dokumentów lub ich kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem, chyba że w dalszych ustępach mowa jest o oryginałach dokumentów.
- 18) Kopie dokumentów mogą zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez jedną z niżej wymienionych osób:
 - a) pracownika instytucji wystawiającej dany dokument;
 - b) notariusza;
 - c) pracownika działu kadr, kadry kierowniczej lub księgowości Ubezpieczającego;
 - d) osobę obsługującą polisę u Ubezpieczającego;
 - e) uprawnione osoby wskazane przez Allianz.

2.

Postanowienia dotyczące trwałego uszczerbku na zdrowiu

- 1) Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, zawierające przede wszystkim:
 - a) opis wypadku;
 - b) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji wraz z informacją o zakończeniu rehabilitacji;
 - c) protokół BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - d) orzeczenie kończące postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia;
 - e) dokument stwierdzający tożsamość osoby zgłaszającej szkodę;
 - f) dokumentację medyczną w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 2) Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu jest ustalany w ostatecznej wysokości przez lekarza uprawnionego, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24 miesiąca od dnia wypadku.
- 4) W przypadku systemu świadczeń proporcjonalnych wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Allianz, z zastrzeżeniem, że orzeczenie lekarza orzekającego Allianz o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez lekarza uprawnionego Allianz, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.
- 5) W przypadku systemu świadczeń stałych ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje uprawniony przedstawiciel Allianz na podstawie zgromadzonej dokumentacji.
- 6) Wysokość świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu.
- 7) Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

- 8) Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 9) W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
- 10) Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z wypadkiem, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają, zgodnie z wiedzą medyczną, lekarze wskazani przez Allianz, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.
- 11) Jeżeli jedną z przyczyn zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego było przeciążenie, przy orzekaniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz dokona wnikliwej analizy wywiadu medycznego i stanu zdrowia Ubezpieczonego przed zdarzeniem ubezpieczeniowym i ustali procent trwałego uszczerbku na zdrowiu adekwatny do stanu zdrowia przed urazem oraz do czynnika sprawczego i mechanizmu zdarzenia.

3.

Postanowienia dotyczące śmierci Ubezpieczonego

- 1) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) opisu wypadku;
 - b) protokołu BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - c) orzeczenia kończącego postępowanie karne lub w sprawie o wykroczenie, jeżeli postępowanie takie było w danym wypadku prowadzone, a także innych posiadanych dokumentów dotyczących postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia;
 - d) odpisu skróconego aktu zgonu;
 - e) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia;
 - f) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby zgłaszającej szkodę;
 - g) dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia;
 - h) protokołu sekcji zwłok, o ile była wykonywana.
- 2) Prawo do odebrania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego przysługuje osobie Uposażonej.
- 3) W przypadku niewyznaczenia osoby Uposażonej albo gdy Uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego, albo gdy Uposażony utracił prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi;
 - b) dzieciom w równych częściach (wobec braku współmałżonka);
 - c) rodzicom w równych częściach (wobec braku dzieci i współmałżonka);
 - d) rodzeństwu w równych częściach (wobec braku rodziców, dzieci i współmałżonka);
 - e) dalszym spadkobiercom ustawowym (wobec braku osób wymienionych powyżej).
- 4) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

4.

Postanowienia dotyczące świadczeń opiekuńczych

- 1) Po zaistnieniu wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Operacyjnym i przekazać operatorowi Centrum Operacyjnego następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) miejsce zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer polisy;
 - d) okres ubezpieczenia;
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - g) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 2) Ubezpieczony – na wniosek Centrum Operacyjnego – zobowiązany jest umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych, dołączyć wszelkie zaświadczenia, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne z diagnozą choroby, recepty, a także – w razie występowania o refundację uprzednio zaakceptowaną przez Centrum Operacyjne – oryginały rachunków i dowodów ich zapłaty.
- 3) W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z Centrum Operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 5 pkt 4, 5, 6, 7 i 8 niniejszych o.w.u., Allianz może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do Centrum Operacyjnego najpóźniej w ciągu pięciu dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych

- i przedstawienia wskazanych przez Centrum Operacyjne dokumentów określonych w pkt 2. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez Centrum Operacyjne. Allianz zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.
- 4) Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 3, rozumie się:
- w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 5 pkt 4 i 6 niniejszych o.w.u. – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
 - w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 5 pkt 5 niniejszych o.w.u. – datę wypisu ze szpitala;
 - w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 5 pkt 7 i 8 niniejszych o.w.u. – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.
- 5) Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w warunkach, może być ona wykonana przez Centrum Operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Allianz limitem.

5.

Postanowienia dotyczące przeszkolenia zawodowego inwalidów
Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany przedłożyć Allianz decyzję organu rentowego, w której orzeczono celowość przeszkolenia zawodowego, z adnotacją o niemożności pokrycia kosztów w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego lub ubezpieczeń społecznych oraz oryginały rachunków i dowody ich zapłaty w celu refundacji poniesionych kosztów przeszkolenia zawodowego na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

6.

Postanowienia dotyczące kosztów leczenia poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej
Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz oryginały rachunków i dowody ich zapłaty w celu refundacji poniesionych kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz dokumentację medyczną.

7.

Postanowienia dotyczące zasiłku ambulatoryjnego
Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz druk zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA) oraz dokumentację medyczną ze wskazaniem diagnozy lekarskiej lekarza prowadzącego.

8.

Postanowienia dotyczące zasiłku szpitalnego
Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz kartę wypisu ze szpitala.

9.

Postanowienia dotyczące zawału serca albo udaru mózgu
1) Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz:

- przy zawałe serca – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania EKG, wyniki badania poziomu markerów enzymatycznych surowicy krwi;
- przy udarze mózgu – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania przy pomocy tomografii komputerowej mózgu lub rezonansu magnetycznego (NRM).

2) Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Allianz również dane placówki medycznej oraz lekarza, pod opieką którego pozostawał przed wystąpieniem zawału serca albo udaru mózgu.

10.

Postanowienia dotyczące trwałej niezdolności do pracy
1) Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia, niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie.

- 2) W przypadku niemożności uzyskania orzeczenia lekarza orzecznika ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie, komisja lekarska Allianz może być powołana nie wcześniej niż po upływie sześciu miesięcy i nie później niż 12 miesięcy od daty wypadku.

§ 13.

Postanowienia końcowe

1.

Wszelkie roszczenia Allianz lub Ubezpieczonego (Ubezpieczającego) wynikające z niniejszej umowy ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

2.

Za zgodą obydwu stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. jedynie w formie pisemnej.

3.

Wszelkie zawiadomienia, oświadczenia i wyjaśnienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. O dotrzymaniu określonych w niniejszych o.w.u. terminów decyduje data wpływu do Dyrekcji Generalnej Allianz, jednostki organizacyjnej Allianz lub Centrum Operacyjnego.

4.

Ubezpieczający jest zobowiązany informować Allianz o każdej zmianie adresu. Jeżeli Ubezpieczający nie powiadomi Allianz o zmianie adresu, pisma kierowane do Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) pod ostatnio znany Allianz adres wywierają skutki prawne z chwilą, w której doszłyby do Ubezpieczającego (Ubezpieczonego), gdyby nie zmienił on adresu.

5.

Obowiązującym językiem korespondencji i kontaktów z Allianz jest język polski.

6.

Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony mogą zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Allianz za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Allianz, w której kompetencjach leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

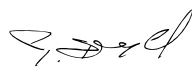
7.

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

8.

Niniejsze o.w.u. zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu TU Allianz Polska S.A. nr 3/2009 z dnia 8 stycznia 2009 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 lutego 2009 roku.

Warszawa, dnia 8 stycznia 2009 roku



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski
Członek Zarządu



Zbigniew Świątek
Członek Zarządu

Suplement do Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku, obowiązuje do następujących umów:

- grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków w systemie świadczeń proporcjonalnych zawartych na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przyjętych uchwałą Zarządu nr 3/2009 z dnia 8 stycznia 2009 r.;
- indywidualnego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego i rodzinnego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków przyjętych uchwałą Zarządu nr 4/2009 z dnia 8 stycznia 2009 r.;
- ubezpieczenia w podróży Globtroter Direct zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia w podróży Globtroter Direct przyjętych uchwałą Zarządu nr 5/2009 z dnia 8 stycznia 2009 r.

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 wypadku**, a ich utracone skutki zostaną ocenione przez lekarza orzecznika, z tym że przy ocenie końcowej wysokość uszczerbku trwałego każdorazowo zostanie pomniejszona o odpowiednią wartość procentową, odniesioną do udziału czynnika chorobowego i świadczenie zostanie pomniejszone 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

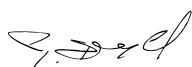
Wynik badań obrazowych RTG, CT, NMR	Rodzaj wykonanej czynności, charakter przeciążenia		
Stopień zaawansowania i lokalizacja zmian chorobowych (zwyrodnieniowych) kręgosłupa	Codziennie czynności w domu i pracy (długotrwałe wymuszona pozycja ciała: stojąca, siedząca, w skłonie, ruchy zginania lub rotacji 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 wyrosła kostne na kręwdziach trzonów, w RTG zmiana jednopoziomowa, w NMR ekstruzja z rozzerwaniem włókien pierścienia włóknistego i penetracją jądra miazdżystego 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 (%) wpływ choroby na wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu	Rutynowy wysiłek związany z codziennymi czynnościami	Nagłe przeciążenie ścięgna / lub odpowiednio mięśnia	Dźwignięcie nadmiernego ciężaru, znaczne przeciążenie ścięgna/ lub odpowiednio 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 6/2009 z dnia 08.01.2009



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski
Członek Zarządu



Zbigniew Świątek
Członek Zarządu


Aneks nr 1 do ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków (indeks GNW01) zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 3/2009 z dnia 8 stycznia 2009 roku (OWU)

§ 1.

§ 13 ust. 4 OWU otrzymuje następujące brzmienie:
„Ubezpieczający (Ubezpieczony) i Allianz są zobowiązani niezwłocznie informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu”.

§ 2.

Postanowienia niniejszego Aneksu nr 1 obowiązują od dnia 28 czerwca 2012 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Müller
Wiceprezes Zarządu



Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu



Stanisław Borkowski
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu

Aneks nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków zatwierdzonych uchwałą Zarządu nr 3/2009 zmienionych Aneksem nr 1 zatwierdzonym uchwałą Zarządu o numerze 78/2012

§ 1.

1.

Wprowadza się Informację umieszczoną na stronie następującej po stronie tytułowej Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków, która stanowi załącznik do Aneksu nr 2.

2.

Zmianie ulega zapis § 1 ust. 4 i otrzymuje następujące brzmienie:
Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawierana na cudzy rachunek, ubezpieczający jest zobowiązany doręczyć ubezpieczonemu warunki umowy przed przystąpieniem do umowy, w tym Tabelę oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku. Doręczenie powinno nastąpić na piśmie, lub, jeżeli osoba zainteresowana wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku.

3.

Zmianie ulega zapis § 10 ust. 4 i otrzymuje następujące brzmienie:
Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczyciel 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. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający składa w formie pisemnej.

4.

Zmianie ulega zapis § 10 ust. 5 i otrzymuje następujące brzmienie:
Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

5.

W § 10 dodaje się ust. 7, który otrzymuje następujące brzmienie:
Ubezpieczony ma prawo wystąpić z umowy ubezpieczenia grupowego w każdym czasie w trakcie trwania umowy, składając do Allianz odpowiednie oświadczenie w formie pisemnej. Wystąpienie z umowy ubezpieczenia wywołuje skutek z ostatnim dniem miesiąca, w którym złożono oświadczenie, z zastrzeżeniem, że oświadczenie to powinno być złożone przynajmniej na jeden dzień przed dniem, w którym wywołuje ono skutek.

6.

W § 12 ust. 1 dodaje się pkt. 19), który otrzymuje następujące brzmienie:
W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy.

7.

Zmianie ulega zapis § 13 ust. 2 i otrzymuje następujące brzmienie:
1) Za zgodą obydwu stron do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. jedynie w formie pisemnej.
2) W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych o.w.u. stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

8.

Zmianie ulega zapis § 13 ust. 6 i otrzymuje następujące brzmienie:
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 pościągą,

- 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.
- 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) Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

9.

Zmianie ulega zapis § 13 ust. 7 i otrzymuje następujące brzmienie:
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.

§2

Niniejszy Aneks nr 2 do Ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków został zatwierdzony uchwałą Zarządu TUiR Allianz Polska S.A. nr 194/2015 z dnia 1 grudnia 2015 roku i wchodzi w życie z dniem 7 grudnia 2015 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Infolinia: 801 10 20 30
www.allianz.pl
TUiR Allianz Polska S.A.
Kontakt do Twojego agenta:

