

Ogólne warunki ubezpieczenia

Specjalnie dla **Dziecka**

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (kod produktu: ULC)

§ 1	Postanowienia ogólne	1
§ 2	Definicje	1
§ 3	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
§ 4	Ochrona tymczasowa	3
§ 5	Zawarcie umowy ubezpieczenia	3
§ 6	Suma ubezpieczenia	4
§ 7	Składki	4
§ 8	Indeksacja składek	5
§ 9	Czasowe zawieszenia opłacania składek	5
§ 10	Fundusze i rachunek jednostek	5
§ 11	Wykup polisy i częściowy wykup polisy	6
§ 12	Wypłata świadczeń	7
§ 13	Wypłata świadczenia z tytułu dożycia	7
§ 14	Naliczenie i wypłata świadczenia rentowego Ubezpieczonemu dziecku	8
§ 15	Współubezpieczenie	8
§ 16	Obowiązki informacyjne Ubezpieczającego i Ubezpiezonego	8
§ 17	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
§ 18	Wznowienie umowy ubezpieczenia	9
§ 19	Zmiany w umowie ubezpieczenia	9
§ 20	Prawa Ubezpieczającego i Ubezpiezonego	9
§ 21	Obowiązki informacyjne Allianz	9
§ 22	Postanowienia końcowe	10

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego z wypłatą renty (kod produktu: ANN)

§ 1	Postanowienia ogólne	11
§ 2	Definicje	11
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	11
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	11
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	12
§ 6	Wypłata świadczenia	12
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	12
§ 8	Postanowienia końcowe	12

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (kod produktu: DNW)

§ 1	Postanowienia ogólne	13
§ 2	Definicje	13
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	13
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	13
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	14
§ 6	Wypłata świadczenia	14
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	14
§ 8	Postanowienia końcowe	14

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (kod produktu: DPZ)

§ 1	Postanowienia ogólne	15
§ 2	Definicje	15
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	15
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	16
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	16
§ 6	Wypłata świadczenia	17
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	17
§ 8	Postanowienia końcowe	17

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (kod produktu: DIW)

§ 1	Postanowienia ogólne	18
§ 2	Definicje	18
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	18
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	19
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	19
§ 6	Wypłata świadczeń	19
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	19
§ 8	Postanowienia końcowe	19

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpiezonego dziecka (kod produktu: DZD)

§ 1	Postanowienia ogólne	21
§ 2	Definicje	21
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	22
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	22
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	23
§ 6	Wypłata świadczenia	23
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	23
§ 8	Postanowienia końcowe	23

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpiezonego dziecka w szpitalu (kod produktu: DPS)

§ 1	Postanowienia ogólne	24
§ 2	Definicje	24
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	24
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	25
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	25
§ 6	Wypłata świadczenia	25
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	25
§ 8	Postanowienia końcowe	25

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpiezonego dziecka (kod produktu: DUN)

§ 1	Postanowienia ogólne	26
§ 2	Definicje	26
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	26
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	27
§ 5	Składka ubezpieczeniowa	27
§ 6	Wypłata i określenie wysokości świadczenia	27
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	28
§ 8	Postanowienia końcowe	28

Tabela opłat i limitów	29
------------------------	----

Ogólne warunki ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (kod produktu: ULC)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.) stosuje się w umowach ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka, zwanych dalej umowami ubezpieczenia, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

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

§ 2

Definicje

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

- 1) **Akt terroru** – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub takich narzędzi walki, których użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.
 - 2) **Allianz** – TU Allianz Życie Polska S.A.
 - 3) **Cena kupna jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa.
 - 4) **Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Allianz umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach jednostek.
 - 5) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
 - 6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
 - 7) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
 - 8) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
 - 9) **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.
 - 10) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy
 - 11) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu docelowej umowy ubezpieczenia.
 - 12) **e-serwis** – portal internetowy Allianz, dostępny poprzez przeglądarkę internetową, umożliwiający składanie określonych w o.w.u. dyspozycji (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość).
 - 13) **Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Allianz, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.
 - 14) **Jednostki uczestnictwa (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz.
 - 15) **Lekarz uprawniony** – lekarz wyznaczony przez Allianz do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania ekspertyz lekarskich.
 - 16) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
 - 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 ochrony ubezpieczeniowej Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
 - 18) **Ochrona tymczasowa** – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz w okresie poprzedzającym zawarcie docelowej umowy ubezpieczenia. Zakres ochrony tymczasowej oraz zasady jej świadczenia określa § 4 oraz dokument potwierdzenia ochrony tymczasowej stanowiący integralną część wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, doręczany Ubezpieczającemu wraz z wypełnieniem wniosku.
 - 19) **Oплата odnowieniowa** – оплата в wysokości wskazanej в Tabeli оплат и limitów, wyrażona jako procent składki należnej за один рок ubezpieczenia, potrącana miesięcznie з rachunków jednostek в kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia, począwszy od drugiego roku на zasadach określonych в § 10 ust. 4 pkt 1. Оплата odnowieniowa pokrywa koszty Allianz związane з obsługą umowy oraz alokacją składki на rachunku jednostek
 - 20) **Oплата pierwszoroczna** – оплата в wysokości wskazanej в Tabeli оплат и limitów, wyrażona jako процент składki należnej за один рок ubezpieczenia, potrącana miesięcznie з rachunków jednostek в первом roku trwania umowy ubezpieczenia на zasadach określonych в § 10 ust. 4 pkt 1. Оплата pierwszoroczная покрывает расходы Allianz связанные с заключением договора и алокацией ставки на счете единички.
 - 21) **Oплата polisowa** – оплата в wysokości wskazanej в Tabeli оплат и limitów, potrącana ежемесячно з rachunków единички на zasadach określonych в § 10 ust. 4 pkt 1. Оплата polisowa предназначена для покрытия текущих расходов Allianz связанных с обслуживанием.
 - 22) **Oплата wznowiowa** – оплата в wysokości wskazanej в Tabeli оплат и limitów, уiszczана przez Убеждающего в разе вновления договора страхования на zasadach określonych в § 18 ust. 4. предназначена на расходы Allianz связанные с совершением операции вновления договора.
 - 23) **Oплата за охрану ubezpieczeniową** – оплата за бегущую охрану ubezpieczeniową, potrącana ежемесячно з rachunków единички на zasadach określonych в § 10 ust. 4.
 - 24) **Polisa** – документ выставленный przez Allianz подтверждающий заключение договора страхования и определяющий specifically условия, на которых została она zawarta.
 - 25) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające на oddziaływaniu на тело Убеждающего:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia в postaci ударов, ударов,
 - b) czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia тела в postaci упадков,
 - c) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia в postaci опарев,
 - d) czynników химических powodujących obrażenia в postaci опарев или отрав,
 - e) czynników акустических powodujących obrażenia в postaci ударов акустических,
- jednocześnie застраховать się, iż stres lub przeжия Убеждающего не są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.

- 26) **Rachunek jednostek** – rachunek Ubezpieczającego, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w o.w.u.
- 27) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A., będący załącznikiem do o.w.u., wskazujący zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
- 28) **Rezerwa matematyczna** – kwota gromadzona przez Allianz, przeznaczona na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia. Jest nią suma przyszłych świadczeń rentowych zdyskontowana stopą techniczną na dzień wpłynięcia wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego.
- 29) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 30) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej rocznicy polisy.
- 31) **Składka doraźna** – kwota niezależna od składki regularnej, uiszczana przez Ubezpieczającego nie wcześniej niż po wystawieniu polisy.
- 32) **Składka indeksacyjna** – dodatkowa składka powiększająca składkę regularną, uiszczana na zasadach określonych w § 8 o.w.u., ulokowana na rachunku jednostek na zasadach opisanych w o.w.u.
- 33) **Składka regularna** – składka z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana cyklicznie, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.
- 34) **Składki regularne dodatkowe** – składki z tytułu umów dodatkowych, których wysokość i termin płatności zostały określone w polisie.
- 35) **Stopa techniczna** – zakładana przez Allianz teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
- 36) **Suma na ryzyku** – kwota stanowiąca podstawę do obliczenia opłaty za ochronę ubezpieczeniową. Jest równa sumie ubezpieczenia, z wyłączeniem sytuacji, w której umowa przekształca się na ubezpieczenie bezskładkowe. Po zamianie na ubezpieczenie bezskładkowe jest to różnica pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, o ile różnica ta jest większa od zera, w przeciwnym przypadku jest to zero.
- 37) **Suma ubezpieczenia** – kwota zmienna przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia, wypłacana w razie śmierci jednego lub jednego z dwóch Ubezpieczonych (w zależności od wariantu umowy ubezpieczenia), której wartość określa § 6 o.w.u.
- 38) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca ich integralną część, wskazująca wartości, o których w nich mowa.
- 39) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 40) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego, posiadające w chwili zawarcia umowy przyznany numer PESEL, uprawnione do otrzymania świadczenia oraz którego życie jest przedmiotem ochrony na zasadach określonych w o.w.u.
- 41) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są objęte ochroną ubezpieczeniową, będąca rodzicem Ubezpieczonego dziecka. W razie braku rodzica może nim być inny przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego dziecka.
- 42) **Umowa ubezpieczenia (umowa)** – docelowa umowa ubezpieczenia zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie o.w.u., której zawarcie poprzedza okres ochrony tymczasowej świadczonej przez Allianz zgodnie z § 4.
- 43) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione. W wariantcie standardowym i wariantcie ochronnym możliwe jest zawarcie umów dodatkowych na rzecz każdego z Ubezpieczonych i Ubezpieczonego dziecka, na zasadach przewidzianych w warunkach umów dodatkowych, które stanowią załącznik do o.w.u.
- 44) **Wariant inwestycyjny** – wariant umowy ubezpieczenia, w którym przedmiotem ubezpieczenia jest życie jednego lub dwóch Ubezpieczonych. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz dwóch Ubezpieczonych, zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest śmierć obu Ubezpieczonych. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim świadczenie należne jest po śmierci drugiego z Ubezpieczonych, następującej jednocześnie ze śmiercią pierwszego lub po niej, na zasadach opisanych w o.w.u. W wariantcie inwestycyjnym nie istnieje możliwość zawarcia umów dodatkowych.
- 45) **Wariant standardowy** – wariant umowy ubezpieczenia, w którym przedmiotem ubezpieczenia jest życie jednego Ubezpieczonego. W wariantcie tym w razie śmierci Ubezpieczonego następuje spełnienie świadczenia na zasadach opisanych w o.w.u. W wariantcie standardowym istnieje możliwość zawarcia umów dodatkowych.
- 46) **Wariant ochronny** – wariant umowy ubezpieczenia, w którym przedmiotem ubezpieczenia jest życie dwóch Ubezpieczonych. W wariantcie

tym zdarzeniem ubezpieczeniowym, objętym ochroną, jest pierwsza śmierć któregokolwiek z Ubezpieczonych. W sytuacji opisanej w zdaniu poprzednim spełnienie świadczenia następuje jedynie po śmierci pierwszego z Ubezpieczonych na zasadach opisanych w o.w.u. W wariantcie ochronnym istnieje możliwość zawarcia umów dodatkowych.

- 47) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Allianz w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z umowy na zasadach przewidzianych w § 11 o.w.u.
- 48) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami.
- 49) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenia objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia, polegające na:
- śmierci Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - dożyciu przez Ubezpieczone dziecko do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- 1) W zależności od wariantu umowy przedmiotem ubezpieczenia jest życie jednego lub dwóch Ubezpieczonych.
 - 2) W przypadku, gdy Ubezpieczonym jest inna osoba (lub osoby) niż Ubezpieczający, na wniosek Ubezpieczającego przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo także jego życie – w zakresie wskazanym w ust. 2 pkt 1 ppkt d).
- 2)
 - Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia polega na:
 - zobowiązaniu Allianz do spełnienia określonych w o.w.u. świadczeń na wypadek śmierci jedyne lub jednego z dwóch Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem pkt 4,
 - wypłacie Ubezpieczonemu dziecku świadczenia w wysokości wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej w razie jego dożycia do tego dnia,
 - wypłacie kwoty wskazanej w ust. 4 w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - przyznaniu Ubezpieczonemu, wskazanemu w polisie jako pierwszy, praw i obowiązków Ubezpieczającego – na wypadek śmierci Ubezpieczającego.
 - Świadczeniem na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przejście przez Allianz opłacania składek regularnych.
 - Przejęcie opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po dniu zgonu jednego lub jednego z dwóch Ubezpieczonych (w zależności od wariantu umowy ubezpieczenia), jednak nie dłużej niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
 - W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
- Allianz wypłaci świadczenie równe wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonej według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.
- 3)
 - Zakres odpowiedzialności Allianz może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych wówczas, gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej dołączonej do umowy ubezpieczenia.
 - 4)
 - W razie śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt 2, Allianz wypłaci osobom uprawnionym wskazanym w § 12 ust. 9 świadczenie równe wartości jednostek zewidencjonowanych

- na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego dziecka, liczonej według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.
- 2) W razie śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, która nastąpiła po przejściu przez Allianz opłacania składek regularnych, Allianz wypłaci osobom uprawnionym wskazanym w § 12 ust. 9 świadczenie równe wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci, liczonej według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, powiększonej o wartość z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz przyszłych składek regularnych zdyskontowanych stopą techniczną, jakie wpłynęłyby do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej licząc od pierwszej składki wymaganej po śmierci Ubezpieczonego dziecka.

5.

W razie jednoczesnej śmierci Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) i Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz wypłaci osobom uprawnionym wskazanym w § 12 ust. 9 wyłącznie jedno świadczenie w formie jednorazowej, tj. wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci, liczoną według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz, powiększoną o wartość z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz przyszłych składek regularnych zdyskontowanych stopą techniczną, jakie wpłynęłyby do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej licząc od pierwszej składki wymaganej po jednoczesnej śmierci Ubezpieczonych i Ubezpieczonego dziecka.

§ 4

Ochrona tymczasowa

- 1) Allianz udziela Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonym ochrony tymczasowej od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do dnia wystawienia polisy.
- 2) Odpowiedzialność Allianz z tytułu ochrony tymczasowej jest ograniczona wyłącznie do wypłaty w formie jednorazowej, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego stanowiącej równowartość składek regularnych jakie wpłynęłyby do końca czasu trwania umowy ubezpieczenia wskazanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia licząc od pierwszej składki regularnej, jednak nie więcej niż 50 000 zł, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w czasie trwania ochrony tymczasowej, i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku, oraz że Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.
- 3) W razie wnioskowania o zawarcie umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym Allianz z tytułu ochrony tymczasowej wypłaca świadczenie w razie pierwszej śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku któregośkolwiek z Ubezpieczonych, wraz z którą ochrona tymczasowa wygasa i nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 4) W razie wnioskowania o zawarcie umowy ubezpieczenia w wariantcie inwestycyjnym na rachunek dwóch Ubezpieczonych Allianz z tytułu ochrony tymczasowej wypłaca świadczenie po śmierci obu Ubezpieczonych. W razie zgonu jednego z Ubezpieczonych w okresie świadczenia ochrony tymczasowej Allianz sobie zastrzega możliwość zaproponowania zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie inwestycyjnym na rachunek jednego Ubezpieczonego. Postanowienia § 5 ust. 10 o.w.u. stosuje się wówczas odpowiednio.
- 5) Ochrona tymczasowa wygasa przed dniem wystawienia polisy w następujących sytuacjach:
 - a) z upływem wskazanego przez Allianz w wezwaniu terminu w przypadku niedostarczenia na żądanie Allianz dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) z dniem otrzymania przez Allianz oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - c) z dniem podjęcia przez Allianz decyzji o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego,
 - d) z dniem śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 3 i 4.
- 6) W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt 5 Allianz zwróci Ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki, pomniejszoną o koszty ochrony tymczasowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.
- 7) Zakres ubezpieczenia określony w pkt 2 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,

- c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - j) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - l) chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek,
 - m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - o) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 5

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.
 - 1) Umowa jest zawierana na czas określony, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż 25 lat.
 - 2) Umowa może zostać zawarta, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - a) wiek Ubezpieczonego w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż 18 lat i nie przekracza 60 lat,
 - b) wiek Ubezpieczonego w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej nie przekroczy 65 lat,
 - c) wiek Ubezpieczonego dziecka w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wynosi nie więcej niż 20 lat,
 - d) wiek Ubezpieczonego dziecka w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej przekroczy 18 lat ale nie przekroczy 26 lat.
2.

Umowa ubezpieczenia i umowy dodatkowe są zawierane w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest na formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionym i podpisanym przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych), jeżeli nie jest (są) jednocześnie Ubezpieczającym i Ubezpieczonym dzieckiem. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy.

3.

- Allianz może zaakceptować ryzyko, jeśli są spełnione wszystkie niżej wymienione warunki:
- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) o stanie zdrowia oraz o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka, oraz podanie przez Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy ubezpieczenia,

- b) poddanie się przez Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) wstępnym badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych,
- c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) oraz Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy.

4.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Allianz zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.

5.

Badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.

6.

Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10 pkt 2.

7.

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłacenia pierwszej składki.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

8.

Allianz jest zobowiązany podjąć decyzję w sprawie akceptacji lub odmowy akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Od dnia następnego po dniu otrzymania przez Allianz wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia Allianz udziela Ubezpieczonemu ochrony tymczasowej, zgodnie z § 4.

9.

Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę, potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia.

10.

- 1) Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz na podstawie przedstawionych dokumentów Allianz zastrzega sobie prawo do:
 - a) niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) zaproponowania Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku.
- 2) Złożenie oferty (kontroferty) przez Allianz na warunkach odbiegających od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia następuje poprzez dostarczenie Ubezpieczającemu najpóźniej przy doręczeniu polisy, pisma w którym Allianz zwróci Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) uwagę na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści złożonego przez Ubezpieczającego wniosku oraz wyznaczy Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu 7 dniowy termin do wniesienia pisemnego sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Allianz została przyjęta, a umowa zostaje zawarta zgodnie z warunkami przyjętymi przez Allianz w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.

11.

W przypadku wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 10, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie do 14 dni od daty złożenia pisemnego sprzeciwu w Allianz.

12.

W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 10, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie do 14 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia umowy.

13.

Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci któregośkolwiek z Ubezpieczonych.

§ 6

Suma ubezpieczenia

1.

Z zastrzeżeniem ust. 2 suma ubezpieczenia jest zmienna przez cały czas trwania umowy ubezpieczenia i stanowi sumę składek regularnych, które zostałyby zapłacone do daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanej w polisie, licząc od pierwszej składki wymagalnej po śmierci:

- jedynego Ubezpieczonego w wariantcie standardowym,
- pierwszego z Ubezpieczonych w wariantcie ochronnym,
- jedynego albo drugiego z Ubezpieczonych (o ile umowę zawarto na rachunek dwóch Ubezpieczonych) w wariantcie inwestycyjnym.

2.

W razie przejścia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zdarzenia objętego ochroną z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego lub umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do 1000 zł i pozostaje niezmienna przez pozostały czas trwania umowy ubezpieczenia.

3.

W razie przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, w myśl § 7 ust. 2 pkt 5-9, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do 1000 zł i pozostaje niezmienna przez pozostały czas trwania umowy ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający nie ma prawa zmieniać wysokości sumy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1 pkt 5.

§ 7

Składki

1.

- 1) Składka jest opłacana regularnie.
- 2) Kwota składki regularnej oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 3) Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Ubezpieczający ma prawo zmienić za zgodą Allianz częstotliwość opłacania składki regularnej w każdą datę jej wymagalności, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania określonej w Tabeli opłat i limitów.
- 5) Ubezpieczający ma prawo obniżyć wysokość wpłacanej składki za zgodą Allianz, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki regularnej ustalonej przez Allianz wskazanej w Tabeli opłat i limitów. W pierwszej kolejności obniżeniu ulega składka indeksacyjna, natomiast obniżenie wysokości składki regularnej powoduje jednocześnie obniżenie wysokości sumy ubezpieczenia. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia wymaga zgody Ubezpieczonego.
- 6) Postanowień pkt 5 nie stosuje się w ciągu pierwszych 2 lat trwania umowy.
- 7) Ubezpieczający nie wcześniej niż po wystawieniu polisy, może dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od określonej w Tabeli opłat i limitów. W przypadku odnotowania wpłaty składki w wysokości niższej niż minimalna Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą kwotę w terminie 15 dni od daty dokonania wpłaty.

2.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (zwanej dalej: „okresem prolongaty”). W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej, która wygasa wraz z upływem okresu prolongaty.
- 2) W okresie prolongaty Allianz poinformuje Ubezpieczającego o niezapłaceniu składki regularnej jednocześnie wzywając go do zapłacenia składki we wskazanym w wezwaniu terminie. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, i:
 - a) umowa nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w § 18 ust. 5 o.w.u.,
 - b) umowa nie zostanie przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe zgodnie z pkt 5 poniżej,
 - c) Ubezpieczający nie dokona czasowego zawieszenia opłacania składek zgodnie z § 9

Allianz uznaje że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego

terminu, przy czym ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

- 3) Jeżeli Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych, Allianz wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu, chyba że ubezpieczenie przekształci się w ubezpieczenie bezskładkowe. W celu realizacji wykupu polisy, o którym mowa w zdaniu poprzednim, jednostki uczestnictwa są umarzane według cen sprzedaży jednostek z dnia rozwiązania umowy, o którym mowa w pkt 2 powyżej.
- 4) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a umowa trwa co najmniej 2 lata oraz zostały opłacone pełne 2 składki roczne, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Allianz wniosek o zmianę ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 5) Poczawszy od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem że zostały opłacone pełne 2 składki roczne, jeżeli w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy i w terminie 90 dni od daty wymagalności składki regularnej Ubezpieczający jej nie opłaci, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej.
- 6) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Allianz pobiera opłaty określone w § 10 ust. 4,
 - c) suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do wysokości 1000 zł,
 - d) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy,
 - e) wszystkie umowy dodatkowe wygasają,
 - f) wszystkie środki zgromadzone na rachunku jednostek zostają przeniesione na Fundusz Pieniężny,
 - g) wszystkie składki doraźne będą alokowane w Funduszu Pieniężnym,
 - h) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 10 ust. 4.
- 7) Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne, to znaczy Ubezpieczający nie ma możliwości wznowienia umowy ubezpieczenia i wpłacania składek regularnych.
- 8) Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest możliwe w sytuacji, gdy wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich funduszy w dniu zamiany jest równa lub większa niż 1000 zł. Jeśli warunek określony w zdaniu poprzedzającym nie zostanie spełniony, Allianz uzna, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiąże się w terminie 90 dni od daty wymagalności nieopłaconej składki. W tej sytuacji Allianz wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu.
- 9) Jeśli Ubezpieczony, po uzyskaniu praw Ubezpieczającego w sytuacji wskazanej w § 3 ust. 2 pkt 1 ppkt d), w ciągu pierwszych 2 lat trwania umowy zaprzestał opłacania składek regularnych, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, z zastrzeżeniem pkt 8.

3.

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

4.

Datą opłacenia składki jest dzień wpływu składki na wskazany przez Allianz rachunek bankowy. Na całkowitą składkę składają się: składka regularna, składki regularne dodatkowe oraz składki indeksacyjne.

§ 8

Indeksacja składek

1.

- 1) Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego mogą podlegać indeksacji w rocznicę polisy.
- 2) Składki indeksacyjne wpłacane przez Ubezpieczającego są lokowane w fundusze zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej. Składki indeksacyjne wpływają na wysokość świadczenia wypłacanego przez Allianz, zgodnie z odpowiednimi zapisami o.w.u., wliczanego w oparciu o wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek. Składki indeksacyjne nie stanowią podstawy do wyliczenia wysokości sumy ubezpieczenia.
- 3) Składki indeksacyjne opłacane są w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej.

2.

Przed rocznicą polisy Allianz może określić wskaźniki indeksacyjne i na ich podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.

Jako najniższy wskaźnik indeksacji przyjmuje się średnią arytmetyczną obliczoną na podstawie dwunastu wskaźników inflacji rocznej publikowanych

przez GUS za miesiące od października poprzedniego roku do września danego roku włącznie, jednak nie mniej niż 3%. Ustalony wskaźnik będzie stosowany do indeksacji składki z umów ubezpieczenia, których rocznica polisy przypada w okresie pomiędzy dniem 1 stycznia a 31 grudnia następnego roku.

4.

- 1) Ubezpieczający i Ubezpieczony mają prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki.
- 2) Odmowa indeksacji składki wymaga złożenia oświadczenia. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) co do propozycji Allianz w terminie 14 dni od otrzymania propozycji indeksacji jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Allianz indeksacji składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

5.

Jeżeli Allianz zaproponował kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego co do propozycji indeksacji, składka zostanie zindeksowana zgodnie z najniższym zaproponowanym wskaźnikiem. Przyjęcie propozycji Allianz zgodnie z wyższym wskaźnikiem indeksacji odbywa się poprzez wpłatę składki w odpowiednio zindeksowanej wysokości.

6.

Odmowa indeksacji składki przez 3 kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do otrzymywania propozycji indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia.

7.

W każdym momencie trwania umowy Ubezpieczający może również:

- 1) złożyć oświadczenie o rezygnacji z otrzymywania propozycji indeksacji składki regularnej,
- 2) złożyć wniosek o przywrócenie otrzymywania propozycji indeksacji składki regularnej.

§ 9

Czasowe zawieszenia opłacania składek

- 1) Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Allianz, do czasowego zawieszenia opłacania składek regularnych, jeżeli opłacone zostały 3 pełne roczne składki regularne.
- 2) Czasowe zawieszenie opłacania składek może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczającego, złożony Allianz przed upływem okresu prolongaty.
- 3) Płatność składek może być zawieszona na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie, nie dłuższy jednak niż 6 miesięcy.
- 4) Czasowe zawieszenie opłacania składek regularnych może być dokonane nie częściej niż raz na 4 lata.
- 5) Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na rachunku jednostek czasowe zawieszenie opłacania składek nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, Allianz zawiesi opłacanie składek na możliwie najdłuższy okres.
- 6) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych, składek regularnych dodatkowych i składek indeksacyjnych.
- 7) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Allianz pobiera opłaty, o których mowa w § 10 ust. 4.
- 8) Ubezpieczający traci prawo do indeksacji składki w rocznicę polisy przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek.

§ 10

Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, o.w.u. oraz Regulaminie.
- 2) Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który będą inwestowane wpłacane przez niego składki.
- 3) Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach.
- 4) W ramach każdego funduszu Allianz na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi indywidualny rachunek jednostek, na którym są ewidencjonowane jednostki nabywane za składki.
- 5) Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki poszczególnych funduszy ponosi Ubezpieczający.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym funduszem jest ustalana w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.

- 2) Wartość aktywów każdego funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa są ustalane według zasad określonych w Regulaminie.
- 3) Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa ustala się według zasad określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- 4) Cenę kupna jednostki uczestnictwa ustala się w wysokości ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa podwyższonej o 4% w stosunku do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.
- 5) Czynniki, które decydują o sposobie ustalania wartości procentowej wskazanej w pkt 4, mającej wpływ na określenie ceny kupna jednostki uczestnictwa są: struktura kosztów Allianz i stopa inflacji.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych są przeznaczane na nabywanie jednostek na zasadach określonych poniżej.
- 2) Allianz przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne, składki regularne dodatkowe, składki indeksacyjne oraz składki doraźne są lokowane w różnych funduszach, zgodnie z podziałem procentowym określonym z dokładnością do 1% przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki, Allianz lokuje składki w Funduszu Pieniężnym. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Allianz lokuje składki w poszczególnych funduszach wskazanych przez Ubezpieczającego z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z tego wskazania.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególne fundusze (tzw. zmiana alokacji składki), jak również może przenosić środki pomiędzy funduszami (tzw. przeniesienie środków), z uwzględnieniem postanowień pkt 3 i 6. W obu sytuacjach pierwsza taka operacja zmiany w danym roku polisowym jest wolna od opłaty. Za każdą następną jest pobierana opłata wskazana w Tabeli opłat i limitów.
- 5) Zmiany wymienione w pkt 4 obowiązują od momentu rejestracji przez Allianz odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia odpowiedniego wniosku do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz lub licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis,
 - b) 10 dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 6) Jednostki podlegają umorzeniu i nabyciu według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia, w którym Allianz dokonał rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Allianz.
- 7) Składki doraźne są lokowane w funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej. Ubezpieczający dla danej składki doraźnej może określić inny sposób alokacji, poprzez złożenie pisemnego oświadczenia najpóźniej następnego dnia po dniu wpłynięcia składki doraźnej na konto Allianz.
- 8) Jednostki są nabywane według ceny kupna jednostki uczestnictwa z dnia, w którym Allianz dokonał wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Allianz dokonuje wpisu jednostek na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. (piątego) dnia roboczego od daty wpłynięcia składki na konto Allianz, pod warunkiem wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności. Jeżeli w powyższym terminie polisa nie zostanie wystawiona Allianz dokonuje wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek w dniu wystawienia polisy.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Allianz pobiera należne opłaty poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa, według następującego schematu:
 - a) Allianz oblicza wysokość opłaty polisowej, opłaty pierwszorocznej lub odnowieniowej oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowych,
 - b) część opłat, o których mowa w pkt 1 ppkt a), obciążająca rachunek jednostek w danym funduszu jest ustalana proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w danym dniu,
 - c) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt 1 ppkt b), według ceny sprzedaży jednostki w danym dniu.
- 2) Opłata za ochronę ubezpieczeniową obliczana jest za czas świadczenia przez Allianz ochrony ubezpieczeniowej jako iloczyn sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci ustalonej na podstawie aktualnego w danym miesiącu polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu Tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli

opłat i limitów. Wrazie rozwiązania umowy ubezpieczenia na zasadach przewidzianych w niniejszych o.w.u. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

- 3) Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową może być podwyższona przez Allianz w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki:
 - a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) uprawiany przez Ubezpieczonego sport/hobby,
 - c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
 - d) tryb życia Ubezpieczonego.
- 4) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 5) Koszt zarządzania funduszem wskazano w Regulaminie.

§ 11

Wykup polisy i częściowy wykup polisy

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia do momentu uznania roszczenia skutkującego przejściem przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy.
- 2) Wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu wszystkich jednostek, w terminach określonych w pkt 4 poniżej.
- 3) Wartość wykupu polisy odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek, pomniejszonej o koszt wykupu, na który składają się koszty Allianz związane z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia.
- 4) Wartość jednostek, o których mowa w pkt 2 i 3, ustala się według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania operacji wykupu w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja następuje w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku o wykup do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 dni roboczych od daty złożenia wniosku o wykup w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Podstawą, od której Allianz oblicza koszt wykupu, jest składka regularna należna za pierwszy rok polisowy.
- 2) Koszt wykupu dla danego roku polisowego został określony w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Wykup jest realizowany z uwzględnieniem roku polisowego ustalanego na podstawie wcześniejszej z dat:
 - a) daty wpłynięcia do Allianz wniosku o wykup polisy,
 - b) daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki, z wyłączeniem umowy przekształconej w ubezpieczenie bezskładkowe.

3.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia do momentu uznania roszczenia skutkującego przejściem przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczający ma prawo do częściowego wykupu polisy.
- 2) Częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na umorzeniu z właściwego rachunku odpowiedniej liczby jednostek funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach określonych w pkt 5 poniżej.
- 3) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu polisy tylko w przypadku, gdy wpłacane były składki doraźne. Suma częściowych wykupów nie może przekroczyć sumy wpłaconych składek doraźnych.
- 4) W razie dokonania częściowego wykupu liczba jednostek odpowiadających swojej wartością kwocie częściowego wykupu jest odejmowana z rachunku jednostek funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup.
- 5) Wartość jednostek, o których mowa w pkt 2, ustala się według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja następuje najpóźniej w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia wniosku o częściowy wykup do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 dni roboczych od daty złożenia wniosku o częściowy wykup w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 6) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania funduszy, z których mają być wycofane środki, Allianz dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych funduszach. Jeżeli wymienione wskazanie jest niemożliwe do realizacji, Allianz dokona wycofania środków z funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania wysokości.

- 4.
- 1) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) wypełniony wniosek o wykup polisy/częściowy wykup,
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz,
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku dokumenty, wskazane przez Allianz na piśmie po wpłynięciu do Allianz wniosku.
- 2) Allianz wypłaci wartość wykupu lub wartość częściowego wykupu polisy w terminie 15 dni roboczych od dnia wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1) do Allianz.
- 3) Kwota należna z tytułu wykupu polisy lub częściowego wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.

§ 12

Wypłata świadczeń

- 1.
- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego osoby uprawnione do otrzymania świadczenia są zobowiązane do powiadomienia Allianz o tym zdarzeniu.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia Allianz, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując jednocześnie dokumenty potrzebne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

- 2.
- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz spełni świadczenie poprzez dokonanie regularnych wpłat składki regularnej, w wysokości obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego, odpowiednio do częstotliwości wskazanej przez Ubezpieczającego i obowiązującej w tym dniu, z zastrzeżeniem pkt 2 i 3. Wpłaty regularne będą dokonywane za okres od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po wystąpieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W wariancie inwestycyjnym Allianz spełni świadczenie w razie śmierci drugiego z Ubezpieczonych, o ile umowa nie była zawarta na rachunek jednego Ubezpieczonego.
- 3) W wariancie ochronnym Allianz spełni świadczenie w razie śmierci pierwszego z Ubezpieczonych.
- 4) Osoby zgłaszające roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Allianz. Rejestracja zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz następuje w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia do Centrali Allianz jeśli wysyłane jest na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz,
 - b) 10 dni roboczych od daty złożenia zgłoszenia roszczenia w dowolnej jednostce organizacyjnej Allianz lub u przedstawiciela Allianz.
- 5) Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) odpis aktu zgonu,
 - b) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
 - c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wpłynięciu do Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.
- 6) Na podstawie przesłanej dokumentacji Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.

- 3.
- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 2) Gdyby w terminie, o którym mowa w pkt 1 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 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonych roszczeniu, Allianz poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę spełnienia świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 4) W razie ujawnienia okoliczności uzasadniających odmowę wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w oparciu o postanowienia § 16 o.w.u., Allianz wypłaci osobie uprawnionej wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.

4.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego przejściem opłacania składek regularnych przez Allianz, wszystkie środki zewidencjonowane na rachunku jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego przeniesione zostają w całości na Fundusz Pieniężny, a Ubezpieczający traci prawo do przenoszenia jednostek pomiędzy funduszami oraz prawo do wykupu polisy i częściowego wykupu polisy. Przeniesienie następuje według cen sprzedaży z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.

5.

Wszystkie składki wpłacone przez Allianz na rachunek jednostek po śmierci Ubezpieczonego oraz wpłacone po tym czasie składki doraźne są lokowane w Funduszu Pieniężnym.

- 6.
- 1) W razie zajścia zdarzenia z umowy ubezpieczenia, skutkującego przejściem opłacania składek regularnych, wygasają umowy dodatkowe zawarte na rachunek wszystkich Ubezpieczonych, z wyjątkiem umów dodatkowych zawartych na rachunek Ubezpieczonego dziecka.
- 2) W razie zajścia zdarzenia z umowy dodatkowej skutkującego przejściem opłacania składek regularnych, suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, ulega obniżeniu do wysokości 1000 zł, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7.

7.

W razie śmierci Ubezpieczonego w okresie przejścia przez Allianz opłacania składek z tytułu zdarzenia objętego umową dodatkową, należne świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia w wysokości sumy ubezpieczenia zostanie przekazane na rachunek jednostek w Funduszu Pieniężnym.

8.

W razie śmierci Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej lub w razie jednoczesnej śmierci Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych) i Ubezpieczonego dziecka w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz wypłaci świadczenie uprawnionym według następującej kolejności:

- a) Ubezpieczającemu,
- b) współmałżonkowi Ubezpieczającego,
- c) w równych częściach dzieciom Ubezpieczającego, jeżeli brak współmałżonka,
- d) w równych częściach rodzicom Ubezpieczającego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
- e) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczającego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
- f) innym spadkobiercom Ubezpieczającego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 13

Wypłata świadczenia z tytułu dożycia

- 1.
- 1) Ubezpieczone dziecko nabywa prawo do świadczenia z tytułu dożycia z dniem określonym w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W razie dożycia Ubezpieczonego dziecka do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie w wysokości wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej liczonych według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa w tym dniu.

2.

Świadczenie z tytułu dożycia może być wypłacone w formie jednorazowej lub jako renta okresowa, na zasadach opisanych w § 14.

3.

We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający może określić formę wypłaty świadczenia z tytułu dożycia. Określona forma może być zmieniona przez Ubezpieczającego w każdym czasie trwania umowy. W razie braku dyspozycji Ubezpieczającego w dniu końca okresu ubezpieczenia co do formy wypłaty świadczenia środki zgromadzone na rachunku jednostek będą wypłacone w formie jednorazowej.

4.

Allianz wypłaci świadczenie w formie jednorazowej w terminie 30 dni od daty wpłynięcia do Allianz wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia.

5.

- 1) Podstawą do wypłaty przez Allianz świadczenia z tytułu dożycia jest złożenie następujących dokumentów:
 - a) wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia, podpisanego przez Ubezpiezone dziecko,
 - b) dokument stwierdzający tożsamość Ubezpiezonego dziecka,
 - c) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz po wpłynięciu do Allianz wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia.

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

- 2) Na podstawie przesłanej dokumentacji Allianz przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.

§ 14

Naliczenie i wypłata świadczenia rentowego Ubezpieczonemu dziecku

1.

- 1) Naliczenie świadczenia rentowego następuje na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w § 13 ust. 3 o.w.u., wskazującego okres i częstotliwość świadczenia rentowego. Wniosek o wypłatę świadczenia w formie renty może też złożyć Ubezpiezone dziecko po dożyciu do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Podstawą do naliczenia świadczenia rentowego będzie wartość rachunku jednostek z dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Allianz określa minimalną wysokość świadczenia rentowego, jaka może być wypłacana Ubezpieczonemu dziecku.
- 4) Po zaakceptowaniu przez Allianz wniosku o wypłatę świadczenia rentowego, Allianz określa wysokość świadczenia rentowego, nie wcześniej jednak niż w dniu dożycia do końca okresu ubezpieczenia.
- 5) Jeżeli wysokość świadczenia rentowego będzie niższa od minimalnego, o którym mowa w pkt 3, Allianz zastrzega możliwość:
 - i) zmiany częstotliwości wypłaty świadczenia rentowego,
 - ii) zmiany okresu wypłaty świadczenia rentowego lub
 - iii) dokonania wypłaty świadczenia w formie jednorazowej.

2.

Okres wypłaty świadczenia rentowego wyrażony jest w pełnych latach i nie może być krótszy niż 1 rok i dłuższy niż 5 lat.

3.

- 1) Wysokość świadczenia rentowego ustalana jest przez Allianz i zależy od:
 - a) długości okresu wypłaty świadczeń rentowych,
 - b) częstotliwości wypłat świadczeń rentowych.
- 2) Świadczenia rentowe mogą być płatne miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
- 3) Świadczenia rentowe płatne są z dołu, w dniu wskazanym przez Allianz w pisemnej decyzji potwierdzającej przyznanie świadczenia. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień obciążenia rachunku Allianz.
- 4) Pierwsza płatność świadczenia rentowego, następuje w terminie 30 dni od późniejszej z dat: daty wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej lub daty złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
- 5) Świadczenia rentowe są płatne na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpiezone dziecko.

4.

W okresie obowiązywania umowy Allianz jest uprawniony do potwierdzania w Polskim Elektronicznym Systemie Ewidencji Ludności lub innym systemie ewidencji ludności prowadzonej przez właściwy organ faktu pozostawania przy życiu lub zgonu osoby uprawnionej do świadczenia rentowego.

6.

- 1) W okresie wypłaty świadczeń rentowych Ubezpiezone dziecko ma prawo do złożenia pisemnego wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego, co skutkuje zaprzestaniem dalszych wypłat cyklicznych świadczeń rentowych.
- 2) Jednorazowe świadczenie rentowe jest równe wartości rezerwy matematycznej na dzień wpłynięcia wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego do Allianz.
- 3) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Allianz jednorazowego świadczenia rentowego są:
 - a) wniosek o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego,
 - b) dokument stwierdzający tożsamość Ubezpiezonego dziecka,
 - c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz wskazane przez Allianz po wpłynięciu do Allianz wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego. Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Allianz.
- 4) Kwota należna z tytułu wypłaty jednorazowego świadczenia rentowego zostanie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku w formie jednorazowej wypłaty w terminie 30 dni od daty wpływu do Allianz wniosku o wypłatę jednorazowego świadczenia rentowego.

§ 15

Współubezpieczenie

1.

W wariancie inwestycyjnym oraz wariantcie ochronnym Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia na rachunek dwóch Ubezpieczonych. Jeżeli o.w.u. nie stanowią inaczej, powinności wynikające z umowy ubezpieczenia obciążają osobno każdego ze współubezpieczonych.

2.

W razie zawarcia umowy w wariantcie inwestycyjnym na rachunek dwóch Ubezpieczonych, rezygnacja z ochrony ubezpieczeniowej przez któregokolwiek z Ubezpieczonych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia powoduje niemożliwość następczą świadczenia i ochrona wygasa z dniem rezygnacji, wobec obu Ubezpieczonych.

3.

Objęcie Ubezpiezonego ochroną z tytułu umów dodatkowych następuje poprzez zawarcie przez Ubezpieczającego dodatkowej umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpiezonego.

§ 16

Obowiązki informacyjne Ubezpieczającego i Ubezpiezonego

1.

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

2.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy ubezpieczenia, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem, iż Allianz wypłaci świadczenie równe wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpiezonego, liczonej według cen sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Allianz.

3.

Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz nie może podnieść zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 17

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy do 30. dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.

2.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę, pomniejszoną o:

- a) kwoty częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane,
- b) koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Allianz.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, do momentu uznania roszczenia skutkującego przejściem przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, składając Allianz odpowiednie oświadczenie. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 2) Wypowiedzenie umowy jest równoznaczne z wnioskiem o wykup.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem:

- a) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy, na zasadach określonych w ust. 1 i 2,
- b) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 3,
- c) doręczenia wniosku o wykup polisy do Allianz,
- d) dożycia Ubezpieczonego dziecka do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- e) śmierci Ubezpieczonego dziecka,
- f) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 10 ust. 4, jeżeli nastąpił on po przekształceniu umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.

4.

Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 4 umowa ulega rozwiązaniu wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności, mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki, z wyłączeniem postanowień § 7 ust. 2 pkt 5. Rozwiązanie umowy następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

§ 18

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

Jeżeli w ciągu 2 pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona, na zasadach określonych w ust. 2-4 poniżej, o ile od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie minęło więcej niż 2 lata oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (lub Ubezpieczonych), jeśli zostały spełnione łącznie poniższe warunki:

- a) nie doszło do wcześniejszego wykupu polisy, na wniosek Ubezpieczającego,
- b) Ubezpieczony (lub Ubezpieczeni) przedstawił (przedstawili) wskazane przez Allianz dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek regularnych oraz opłatę wznowieniową w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 2.,
- d) Ubezpieczający zwrócił kwotę otrzymaną z tytułu rozwiązania umowy.

3.

- 1) Wartość środków pochodzących z umorzenia jednostek uczestnictwa jest określana według cen sprzedaży jednostek z dnia zarejestrowania wznowienia umowy w systemie obsługi polis Allianz. Za zaległe składki są nabywane jednostki według cen kupna jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania wznowienia umowy w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja następuje w ciągu 5 dni roboczych od podjęcia przez Allianz decyzji o wznowieniu umowy i spełnieniu wymogów wymienionych w ust. 2.
- 2) Po wznowieniu umowy Allianz naliczy i pobierze wszystkie opłaty, o których mowa w § 10 ust. 4 należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana, z wyłączeniem opłat za ochronę ubezpieczeniową za okres, w którym Allianz jej nie świadczył. Wznowienie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, odbywa się niezwłocznie po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 2.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznawiana z pierwszym dniem najbliższego miesiąca polisowego, przypadającego po podjęciu przez Allianz decyzji o wznowieniu umowy, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek, opłaty wznowieniowej i kwoty otrzymanej z tytułu rozwiązania umowy.

5.

Allianz może wznowić ochronę ubezpieczeniową bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego pisemnego wniosku w wypadku

wpłynięcia wszystkich zaległych składek na konto Allianz w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wznowienie ochrony ubezpieczeniowej powodujące zachowanie jej ciągłości następuje w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek.

§ 19

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

- 1) Zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem pkt 2.
- 2) Jeśli Allianz udostępni Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną, zmiany umowy lub oświadczenia związane z jej wykonywaniem, wskazane w regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość, mogą na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mieć formę inną niż pisemna.

2.

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

3.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości następujących opłat zawartych w Tabeli opłat i limitów: opłaty polisowej, opłaty za przeniesienie środków między funduszami, opłaty za zmianę alokacji składki, opłaty wznowieniowej oraz kosztu zarządzania funduszem. Zmiany wysokości opłat ustalane są w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny i nie mogą przekroczyć 150% wyżej wymienionego wskaźnika. Wskaźnik ten mierzony jest za okres od dnia wprowadzenia Tabeli opłat i limitów do dnia dokonania zmiany.
- 2) Wprowadzenie powyższych zmian nastąpi po uprzednim pisemnym powiadomieniu Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym) wraz z wyznaczeniem 14-dniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu, którego zgłoszenie traktowane będzie jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia w myśl § 17 ust. 3. W razie braku sprzeciwu uważa się, że zmiany zostały wprowadzone następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu na zgłoszenie sprzeciwu.

§ 20

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

- 1) Ubezpieczający, Ubezpieczony, Ubezpieczone dziecko lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą składać w Allianz skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy. Jednostką właściwą do rozpatrywania skarg lub zażaleń jest Centrali Allianz.
- 2) Niezwłocznie po rozpatrzeniu Allianz powiadamia w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie o sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia.
- 3) Niezależnie od powyższego trybu, skargi lub zażalenia mogą być kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

2.

- 1) W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to 2 różne osoby, dla skutecznego zawarcia umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego o treści zawartej na jego rachunek umowy. Ubezpieczony wyraził zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki. Ubezpieczone dziecko lub jego przedstawiciel ustawowy wyrażają zgodę na zawarcie umowy i jej warunki.
- 2) Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

3.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego z dniem jego śmierci przejmują Ubezpieczony wskazany na polisie jako pierwszy.

§ 21

Obowiązki informacyjne Allianz

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Allianz jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

2.

Nie rzadziej niż raz w roku Allianz informuje pisemnie Ubezpieczającego o aktualnej wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy, w szczególności o wartości wykupu.

3.

Pisemne informacje, o których mowa w ust. 1-2, Allianz może przekazać za zgodą Ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

4.

- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 1 i 2, niezwłocznie po ich otrzymaniu, w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. W przypadku informacji, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.
- 2) W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w pkt 1, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 22

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Ubezpieczonego dziecka lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 71/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz

Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z wypłatą renty (kod produktu: ANN)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z wypłatą renty (dalej: umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z wypłatą renty.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Okres wypłaty renty** – czas trwania wypłaty renty, w którym Ubezpieczone dziecko pozostaje przy życiu, ograniczony dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego i dniem poprzedzającym datę określoną w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) **Renta** – świadczenie okresowe wypłacane przez Allianz w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w wysokości i z częstotliwością właściwą dla terminu wymagalności składki regularnej.
- 3) **Termin wypłaty renty** – dzień każdego miesiąca, kwartału, półroczu lub roku odpowiadający dacie wskazanej jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, w którym Allianz wypłaca rentę na rzecz Ubezpieczonego dziecka.
- 4) **Suma ubezpieczenia** – kwota wypłacana w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego równa sumie krotności składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, które zostałyby zapłacone do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, licząc od pierwszej składki wymagalnej po śmierci Ubezpieczonego.
- 5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z wypłatą renty.
- 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, jest nim śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym życie dwóch Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie renty na rzecz Ubezpieczonego dziecka w wysokości i z częstotliwością właściwą dla terminu wymagalności składki regularnej, określonych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy dodatkowej,
 - b) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
- Allianz zwolniony jest od odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdarzeniem ubezpieczeniowym w umowie dodatkowej jest pierwsza śmierć któregokolwiek z Ubezpieczonych. Wypłata świadczenia następuje po śmierci pierwszego z Ubezpieczonych, wraz z którą wygasa odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Za zgodą Allianz możliwe jest zawarcie umowy dodatkowej od rocznicy polisy.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i/lub analitycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia:

- a) rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat lub
- b) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia lub
- c) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe lub
- d) wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej lub którejkolwiek umowy dodatkowej z wyłączeniem umów dodatkowych zawartych na rzecz Ubezpieczonego dziecka.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku jej zawarcia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

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

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1. Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

2. Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3. Składka regularna dodatkowa jest lokowana w fundusze zgodnie z § 10 ust. 3 o.w.u.

4. Opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1-3 o.w.u. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

§ 6

Wypłata świadczenia

1. Ubezpieczający dokonuje wyboru formy wypłaty świadczenia w chwili zawierania umowy dodatkowej.
2. Świadczenie może być wypłacone jako renta lub jednorazowo. Jednorazowe świadczenie jest równe zdyskontowanej wartości sumy krotkości składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, które zostałyby zapłacone do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, licząc od pierwszej składki wymaganej po śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający ma prawo do zmiany formy wypłaty świadczenia, o której mowa w pkt 2 do momentu rozpoczęcia wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

2. W razie śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy, Allianz rozpocznie wypłatę świadczenia w postaci renty, w wysokości określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Początek wypłaty renty nastąpi

w pierwszym terminie wypłaty renty przypadającym po upływie 30 dni od otrzymania przez Allianz zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego. Renta wypłacana będzie w okresie wypłaty renty, pod warunkiem że Ubezpieczone dziecko pozostaje przy życiu, jednak nie dłużej niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. W razie podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia Allianz wypłaci również zaległe świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej należne za okres od dnia śmierci Ubezpieczonego do dnia podjęcia decyzji o wypłacie świadczenia.

3. Renta będzie wypłacana Ubezpieczonemu dziecku. W razie ograniczonej zdolności do czynności prawnych albo braku zdolności do czynności prawnych Ubezpieczonego dziecka renta wypłacana jest według zasad wynikających z przepisów prawa.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2. Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 72/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz

Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (kod produktu: DNW)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – kwota wypłacana w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego równa sumie składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, które zostałyby zapłacone do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, licząc od pierwszej składki wymagalnej po śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 3) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, jest nim śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym życie dwóch Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem ust. 5.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie w formie jednorazowej w razie śmierci Ubezpieczonego dodatkowego świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określonej w polisie, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące przesłanki:

- a) nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- c) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
- c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- e) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- i) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- j) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- l) chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek,
- m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- o) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, w ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty części lub całości świadczenia, jeżeli Ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

5.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdarzeniem ubezpieczeniowym w umowie dodatkowej jest pierwsza śmierć któregośkolwiek z Ubezpieczonych. Wypłata świadczenia następuje po śmierci pierwszego z Ubezpieczonych, wraz z którą wygasa odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Za zgodą Allianz możliwe jest zawarcie umowy dodatkowej od rocznicy polisy.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i/lub analitycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia:

- a) rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat, lub
- b) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, lub
- c) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, lub
- d) wypłaty świadczenia z tytułu którejkolwiek umowy dodatkowej z wyłączeniem umów dodatkowych zawartych na rzecz Ubezpieczonego dziecka, lub
- e) przejęcia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zdarzenia objętego ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku jej zawarcia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

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

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Składka regularna dodatkowa jest lokowana w fundusze zgodnie z § 10 ust. 3 o.o.u.

4.

Opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej naliczana i pobierana jest za czas jej świadczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.o.u. Wysokość opłaty wskazana jest w Tabeli opłat i limitów. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

§ 6

Wypłata świadczenia

1.

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

- a) odpis aktu zgonu,
- b) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- c) opis okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- e) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeżeli prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
- f) prawo jazdy Ubezpieczonego i dowód rejestracyjny prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku samochodowego,
- g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wypłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

2.

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wypłacane jest jako składka doraźna, która w całości alokowana jest na rachunku jednostek polisy w Funduszu Pieniężnym.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 73/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.


Veit Stutz


Magdalena Nawłoka


Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (kod produktu: DPZ)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

1.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia, zdefiniowana jako suma składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, które zostałyby zapłacone do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, licząc od pierwszej składki wymaganej po zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.
- 4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – pierwsze zaistniałe zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) albo przebiegu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt g), h), i), w zależności które zdarzenie nastąpi pierwsze choroba czy choroba będąca przyczyną zabiegu operacyjnego pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w ust. 2 pkt g), h), i) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).

2.

W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy będą oznaczać:

- a) **złośliwa choroba nowotworowa** – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określonym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż IB w klasyfikacji TNM

- nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium,
- b) **zawał serca** – wykrycie wzrostu stężenia biomarkerów uszkodzenia mięśnia sercowego z objawami klinicznymi niedokrwienia mięśnia sercowego lub zmianami w EKG wskazującymi na nowe niedokrwienie i/lub nowymi zaburzeniami ruchomości ścian serca w badaniach obrazowych. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki nieskutkujące pilną hospitalizacją tzw. nieme zawały. Uznanie roszczenia przez Allianz z tytułu wystąpienia zawału serca wyklucza możliwość uznania roszczenia z tytułu zabiegu kardiologicznego przeprowadzonego w celu leczenia choroby niedokrwiennej serca,
- c) **udar mózgu** – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynacznienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu 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 nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),
- d) **niewydolność nerek** – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienie pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- e) **utrata wzroku** – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O trwałości schorzenia orzeka lekarz specjalista po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia,
- f) **stwardnienie rozsiane** z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - 1) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - 2) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - 3) obecność charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzające istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
- g) **zabiegi kardiologiczne** – zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. W przypadku jeżeli przeprowadzenie zabiegu pozostaje w związku z poważnym zachorowaniem – zawałem serca – uznanym przez Allianz, świadczenie z tytułu zabiegu kardiologicznego nie jest należne,
- h) **zabiegi kardiologiczne** na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- i) **przeszczep** Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdrowie dwóch Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem ust. 4, 5 i 6.

2.

- 1) **Odpowiedzialność Allianz** w zakresie umowy dodatkowej polega na świadczeniu przejęcia opłacania składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 2) Przejęcie opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po dniu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jednak nie dłużej niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługują tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich występowania/przebywania.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych,
- c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- e) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- i) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- j) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
- m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- o) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

Allianz jest także wolny od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych w § 2 ust. 2 pkt g), h), i), wystąpiły w ciągu 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej i Ubezpieczony wiedział o nich

5.

W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, w ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty części lub całości świadczenia, jeżeli Ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

6.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdarzeniem ubezpieczeniowym w umowie dodatkowej jest pierwsze poważne zachorowanie któregośkolwiek z Ubezpieczonych. Spełnienie świadczenia

następuje po zajściu zdarzenia u pierwszego z Ubezpieczonych, wraz z którym wygasa ochrona Allianz z tytułu umowy dodatkowej.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Za zgodą Allianz możliwe jest zawarcie umowy dodatkowej od rocznicy polisy.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i/lub analitycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku nie dłużej jednak niż do dnia:
 - a) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
 - b) uznania roszczenia Allianz z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
 - c) wypłaty świadczenia z tytułu którejkolwiek umowy dodatkowej z wyłączeniem umów dodatkowych zawartych na rzecz Ubezpieczonego dziecka,
 - d) przejścia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zdarzenia objętego ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - e) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzające ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat z zastrzeżeniem pkt 1) i 3) niniejszego ustępu.
- 3) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 54 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie lub po upływie 270 dni od dnia wskazanego w aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa wraz z rozwiązaniem tej umowy w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności

składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Jeżeli termin płatności składki regularnej dodatkowej przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, a przed uznaniem przez Allianz roszczenia z jego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

Składka regularna dodatkowa jest lokowana w fundusze zgodnie z § 10 ust. 3 o.w.u.

5.

Z zastrzeżeniem ust. 7, wysokość składki ubezpieczeniowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała.

6.

- 1) Opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia, rozpoczynający się po upływie 180 dni od daty zawarcia umowy dodatkowej lub po upływie 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej lub po upływie 270 dni od dnia wskazanego w aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. Opłata ta pobierana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.w.u. Opłata ta jest naliczana w oparciu o tablicę prawdopodobieństw zachorowań ustaloną przez Allianz i zależy od wieku Ubezpieczonego (Ubezpieczonych, w razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariancie ochronnym) oraz czynników wpływających na wyżej wymienione prawdopodobieństwa, o których mowa w § 10 ust. 4 pkt 3 o.w.u.
- 2) W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

7.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki regularnej dodatkowej. W takiej sytuacji, Allianz na 6 miesięcy przed rocznicą polisy proponuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu, do wyboru – podwyższenie składki lub obniżenie sumy ubezpieczenia w następnym rocznym okresie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 1 miesiąc przed rocznicą polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość składki lub sumy ubezpieczenia, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w ust. 3 pkt 3. Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki lub sumy ubezpieczenia w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość składki zaproponowaną przez Allianz.

§ 6

Wyplata świadczenia

1.

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

- a) kompletna dokumentacja medyczna związana z rozpoznaniem poważnym zachorowaniem,
- b) wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
- c) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- d) opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w wyniku wypadku,
- e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po upływie zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

2.

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

3.

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

4.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego przejęciem opłacania składek regularnych przez Allianz, wszystkie środki zewidencjonowane na rachunku jednostek przeniesione zostają w całości na Fundusz Pieniężny, a Ubezpieczający traci prawo do przenoszenia jednostek między funduszami.

5.

Wszystkie składki wpłacone przez Allianz na rachunek jednostek po akceptacji roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej są lokowane w Funduszu Pieniężnym.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

1.

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

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

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 74/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.

  
Veit Stutz Magdalena Nawłoka Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

 
Jerzy Visan Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (kod produktu: DIW)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie lub aneksie do polisy. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Inwalidztwo** – trwałe i całkowite uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek, które wystąpiło nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku, potwierdzone przez orzekającą komisję lekarską wskazaną przez Allianz, w rezultacie których Ubezpieczony jest niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji. Komisja orzekająca powoływana jest po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, jednak nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy od daty wypadku, który był przyczyną powstania inwalidztwa.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.
- 3) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia, zdefiniowana jako suma składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia, które zostałyby zapłacone do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, licząc od pierwszej składki wymaganej po zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdrowie dwóch Ubezpieczonych, z zastrzeżeniem ust. 4.

2.

- 1) Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na świadczeniu przejęcia opłacania składek regularnych należnych z tytułu umowy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

- 2) Przejęcie opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po dniu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, jednak nie dłużej niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Allianz z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego było wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
- c) napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- f) czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe i motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- o) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie ochronnym zdarzeniem ubezpieczeniowym w umowie dodatkowej jest pierwsze inwalidztwo któregokolwiek z Ubezpieczonych. Spełnienie świadczenia następuje po zajściu zdarzenia u pierwszego z Ubezpieczonych, wraz z którą wygasa odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy dodatkowej.

5.

W przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, w ciągu 3 lat od dnia zawarcia umowy dodatkowej Allianz ma prawo odmówić wypłaty części lub całości świadczenia, jeżeli Ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz

pytał przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy dodatkowej, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą było zajście zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia. Za zgodą Allianz możliwe jest zawarcie umowy dodatkowej począwszy od rocznicy polisy.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim i/lub analitycznym, jeżeli są one wymagane przez Allianz, z wyłączeniem badań genetycznych,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia:

- a) rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
- b) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- c) uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
- d) uznania przez Allianz roszczenia z tytułu którejkolwiek umowy dodatkowej z wyłączeniem umów dodatkowych zawartych na rzecz Ubezpieczonego dziecka,
- e) przejęcia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zdarzenia objętego umową ubezpieczenia,
- f) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy dodatkowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie lub w aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie lub aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Jeżeli termin płatności składki regularnej dodatkowej przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, a przed uznaniem przez Allianz roszczenia z tego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

Składka regularna dodatkowa jest lokowana w fundusze zgodnie z § 10 ust. 3 o.w.u.

5.

Opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia, na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.w.u. Wysokość opłaty wskazana jest w Tabeli opłat i limitów. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

§ 6

Wyplata świadczeń

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zobowiązana jest do druku zgłoszenia roszczenia dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) pełna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpieczonego po wypadku,
- b) zaświadczenie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
- c) opis okoliczności wypadku – jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- d) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- e) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

2.

W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

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

4.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego przejściem opłacania składek regularnych przez Allianz, wszystkie środki zewidencjonowane na rachunku jednostek przeniesione zostają w całości na Fundusz Pieniężny, a Ubezpieczający traci prawo do przenoszenia jednostek pomiędzy funduszami.

5.

Wszystkie składki wpłacone przez Allianz na rachunek jednostek po akceptacji roszczenia wynikającego z zawarcia niniejszej umowy dodatkowej są lokowane w Funduszu Pieniężnym.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 75/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz

Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka (kod produktu: DZD)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

1.

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona jeżeli w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 3) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego, posiadające w chwili zawarcia umowy przyznany numer PESEL, które nie ukończyło 18 lat, którego zdrowie jest objęte ochroną ubezpieczeniową.
- 4) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka.
- 5) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – pierwsze zaistniałe zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f), g), h), i), k), l), m), n), o) albo przebyciu zabiegu operacyjnego wyszczególnionego i zdefiniowanego w ust. 2 pkt j), w zależności które ze zdarzeń nastąpi pierwsze choroba czy zabieg operacyjny, pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w ust. 2 pkt a), b), c), d), e), f), g), h), i), k), l), m), n), o) oraz chorób będących przyczyną dokonania zabiegu operacyjnego wskazanego w ust. 2 pkt j), pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczone dziecko pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).

2.

W rozumieniu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka, poniższe terminy będą oznaczać:

- a) nowotwory złośliwe z białaczkami i chłoniakami – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Za datę zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego przyjmuje się datę oceny preparatu przez lekarza histopatologa. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory in situ, nowotwory współistniejące

- z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu). Uznanie rozszczenia przez Allianz z tytułu wystąpienia złośliwej choroby nowotworowej wyklucza możliwość uznania rozszczenia z tytułu utraty mowy, utraty słuchu, całkowitej utraty wzroku, przeszczepu, schyłkowej niewydolności wątroby do wystąpienia których przyczyniła się złośliwa choroba nowotworowa,
- b) niewydolność nerek – mocznicę na skutek przewlekłej niewydolności nerek, wymagającą leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy, lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- c) zapalenie mózgu – ostre zapalenie tkanki mózgowej będące przyczyną co najmniej trzytygodniowej hospitalizacji oraz prowadzące do powstania trwałych, utrzymujących się ponad 3 miesiące ubytków neurologicznych. Rozpoznanie oraz określenie nieodwracalnego charakteru uszkodzenia mózgu musi być potwierdzone przez dokumentację medyczną z leczenia szpitalnego,
- d) schyłkowa niewydolność wątroby – występowanie klinicznych objawów ostrej lub przewlekłej niewydolności mięszu wątroby będące wyrazem ciężkich zaburzeń funkcji wątroby, wyczerpujących jej możliwości kompensacyjne. Objawy, których występowanie jest konieczne do uznania rozszczenia: żółtaczka, narastanie wodobrzusza, zaburzenia krzepnięcia krwi, encefalopatia wątrobowa. Z zakresu odpowiedzialności wykluczona jest niewydolność wątroby powstała na skutek spożywania alkoholu lub umyślnego zatrucia lekami,
- e) cukrzyca – cukrzycę nabytą insulinozależną, o etiologii autoimmunologicznej, trwającą co najmniej 3 miesiące,
- f) dystrofia mięśniowa – dystrofię mięśniową typu Duchenne'a (najczęściej występująca i najcięższa postać dystrofii). Konieczne jednoznaczne rozpoznanie potwierdzone wyczerpującą dokumentacją medyczną,
- g) guzy śródczaszkowe – niezłośliwe guzy śródczaszkowe będące przyczyną stałych ubytków neurologicznych. Wykluczone są torbiele, ziarniniaki, malformacje śródczaszkowe, guzy przysadki oraz guzy rdzenia,
- h) śpiączka – stan głębokiej utraty świadomości z brakiem reakcji na bodźce bólowe z zewnątrz oraz brakiem odruchu rogówkowego, trwający co najmniej 96 godzin, wymagający zastosowania sprzętu podtrzymującego funkcje życiowe doprowadzający do trwałego deficytu neurologicznego powodującego upośledzenie stopnia sprawności Ubezpieczonego dziecka; oraz stan śpiączki trwający dłużej niż 60 dni, niezależnie od występowania ubytku neurologicznego. Wykluczone są: śpiączka powstała bezpośrednio lub pośrednio wskutek spożycia alkoholu, użycia leków, narkotyków, stan śpiączki wywołany lub przedłużany sztucznie w celach terapeutycznych. Dla uznania rozszczenia konieczna jest dokumentacja medyczna z leczenia szpitalnego, zawierająca między innymi ocenę stanu neurologicznego przy wypisie. Uznanie odpowiedzialności Allianz z tytułu wystąpienia tego schorzenia eliminuje uznanie śpiączki do wystąpienia której przyczyni się każde inne poważne zachorowanie z katalogu,
- i) paraliż – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia spowodowanego uszkodzeniem rdzenia kręgowego, powstała w przebiegu choroby lub wypadku. O trwałości porażenia można orzekać na podstawie badania specjalisty neurologa po upływie 6 miesięcy od zajścia zdarzenia,
- j) przeszczep – przeszczep Ubezpieczonemu dziecku jako biorcy jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórki wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- k) utrata mowy – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata zdolności mowy wskutek
 - Resekcji narządu mowy (krtani)
 - Przewlekłej choroby krtani
 - Uszkodzenia ośrodku mowy w mózguUtrata zdolności mowy musi trwać nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i być potwierdzona odpowiednim badaniem specjalistycznym. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków spowodowanych zaburzeniami psychicznymi oraz utraty zdolności mowy, która może być skorygowana, również częściowo przy zastosowaniu jakichkolwiek procedur terapeutycznych,

- l) utrata kończyn – całkowita fizyczna utrata kończyn wskutek choroby lub wypadku. Warunkiem uznania roszczenia jest utrata co najmniej 2 kończyn; w zakresie kończyn górnych powyżej nadgarstków, w zakresie kończyn dolnych powyżej stawów skokowych,
- m) utrata wzroku – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna obustronna utrata wzroku (VO=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji) wskutek choroby lub urazu. O trwałości schorzenia orzeka lekarz okulista po upływie 6 miesięcy od jego wystąpienia,
- n) utrata słuchu – całkowita, nieodwracalna i nienaprawialna utrata słuchu w obu uszach trwająca w sposób nieprzerwany przez okres co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone specjalistycznym badaniem lekarza otolaryngologa i badaniem audiometrycznym,
- o) oparzenia skóry – głębokie oparzenia skóry wymagające hospitalizacji i obejmujące:
 - a) ponad 50% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - b) ponad 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Rozległość oparzeń oceniana jest na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Brondera). Jako datę zdarzenia przyjmuje się datę wypadku prowadzącego do oparzeń spełniających powyższe kryteria. Zakres ochrony nie obejmuje oparzeń słonecznych.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego dziecka.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu dziecku przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji, jak również bez względu na kolejność ich przebywania.

3.

Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej stanowi krotkość 20 000 zł w zależności od wyboru Ubezpieczającego i niezależnie od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego określonej w umowie ubezpieczenia, jednak nie więcej niż 100 000 zł. W razie przejścia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego taką formą wypłaty świadczenia, suma ubezpieczenia w niniejszej umowie dodatkowej ulega obniżeniu do wysokości 20 000 zł.

4.

Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 2 o.w.u., dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia zgodnie z ust. 3 powyżej. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie może różnić się od aktualnie obowiązujących w Allianz sum ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Allianz przy wystawieniu polisy, zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium. Postanowienia § 5 ust. 10 o.w.u. stosuje się odpowiednio.

5.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień drugiego zdania ust. 3.

6.

- 1) Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:
 - a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych,
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach

- lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
- f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- g) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- i) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- j) zatrucia się przez Ubezpieczonego dziecko substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dziecka niezależnie od stanu poczytalności,
- l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
- m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- o) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

- 2) Zakresem ubezpieczenia nie są objęte zdarzenia a Allianz nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli:
 - a) w ciągu 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nastąpi śmierć Ubezpieczonego dziecka,
 - b) poważne zachorowanie wystąpiło na skutek wad wrodzonych, ujawnionych w ciągu pierwszych 12 miesięcy życia Ubezpieczonego dziecka,
 - c) poważne zachorowanie zdiagnozowano, rozpoznano, leczono lub objawy poważnego zachorowania zdiagnozowano, rozpoznano lub leczono po upływie okresu, o którym mowa w § 4 ust. 5 i § 7 ust. 2.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

- 1) Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.
- 2) W sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka zawarcie niniejszej umowy dodatkowej nie będzie możliwe Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania zawarcia pozostałych umów dodatkowych dla Ubezpieczonego dziecka.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie przez przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie znanych przedstawicielowi ustawowemu okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku, nie dłużej jednak niż do dnia:
 - a) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
 - b) uznania roszczenia Allianz z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
 - c) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzająca ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat z zastrzeżeniem pkt 1) i 3) niniejszego ustępu.

3) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ma ukończonych 18 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa wraz z rozwiązaniem tej umowy w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat.

3.

Jeżeli termin płatności składki regularnej dodatkowej przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, a przed uznaniem przez Allianz roszczenia z jego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

4.

Wysokość opłaty za ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest równa wysokości składki regularnej dodatkowej wpłacanej z tytułu tej umowy. Opłata za ochronę ubezpieczeniową jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia, rozpoczynając się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie lub po upływie 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej. Opłata ta pobierana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.w.u. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

5.

Wysokość składki regularnej dodatkowej z tytułu niniejszej umowy ustalana jest przez Allianz na każdy rok obowiązywania kolejnych dodatkowych umów ubezpieczenia. W razie zmiany wysokości składki regularnej dodatkowej Allianz na 6 miesięcy przed rocznicą polisy proponuje Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu podwyższenie tej składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 1 miesiąc przed rocznicą polisy pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną składkę, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużeniu umowy dodatkowej, o którym mowa w § 4 ust. 3 pkt 3. Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej składki w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużeniu umowy dodatkowej na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość składki zaproponowaną przez Allianz.

§ 6

Wypłata świadczenia

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania u Ubezpieczonego dziecka zobowiązana jest do druku zgłoszenia roszczenia dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- a) dokumentacja medyczna związana z rozpoznaniem poważnym zachorowaniem,

- b) wyniki badań, potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Allianz definicją,
- c) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- d) opis okoliczności wypadku, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło w wyniku wypadku,
- e) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- f) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wypłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

2.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczone dziecko powinno zostać poddane opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

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

4.

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w formie wypłaty jednorazowej.

5.

W razie uznania roszczenia przez Allianz i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego dziecka.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

1.

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

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

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 76/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz



Magdalena Nawłoka



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu (kod produktu: DPS)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2. Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.

3. Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

1. Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:
- 1) **Choroba** – reakcja organizmu na działania czynnika chorobotwórczego, prowadząca do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju.
 - 2) **Suma ubezpieczenia** – kwota wskazana w Tabeli opłat i limitów, stanowiąca podstawę do wyliczenia świadczenia, którego wysokość wynosi 1% wskazanej sumy za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu maksymalnie za 60 dni z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.
 - 3) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
 - 4) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego, posiadające w chwili zawarcia umowy przyznany numer PESEL, które nie ukończyło 18 lat.
 - 5) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
 - 6) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na pobycie Ubezpieczonego dziecka w szpitalu przez czas określony w niniejszych warunkach umowy dodatkowej, jeżeli pobyt ten wystąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
 - 7) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczone dziecko przebywało w szpitalu w celu poddania się leczeniu szpitalnemu w warunkach stacjonarnych, przy czym za pierwszy i ostatni dzień przyjmuje się dzień rejestracji i odpowiednio dzień wypisu ze szpitala, niezależnie od tego ile w pierwszym i ostatnim dniu trwał pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
 - 8) **Świadczenie dzienne** – określona w umowie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu dziecku za każdy dzień pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

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

- 2.
- 1) Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie dzienne za każdy dzień pobytu w szpitalu, jeżeli pobyt Ubezpieczonego dziecka w szpitalu trwał nieprzerwanie co najmniej:
 - a) 4 dni – gdy był spowodowany chorobą;
 - b) 1 dzień – gdy był spowodowany obrażeniami ciała doznanymi przez Ubezpieczone dziecko w następstwie nieszczęśliwego wypadku, przy czym maksymalna wysokość świadczenia Allianz z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym, nie może przekroczyć wysokości świadczenia dziennego za 60 dni pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu.
 - 3) Dni objęte przepustką w trakcie pobytu Ubezpieczonego dziecka w szpitalu nie są wliczane do okresu pobytu, o którym mowa w pkt 1) i 2) powyżej, a świadczenie dzienne za te dni nie przysługuje.

- 3.
- 1) Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który nastąpił bezpośrednio w wyniku:
 - a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych,
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wycieczki samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - g) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - j) zatrucia się Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
 - k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dziecka niezależnie od stanu poczytalności,
 - l) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS),
 - m) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego dziecka,
 - n) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - o) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - p) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.
 - 2) Zakresem ubezpieczenia nie są objęte zdarzenia i Allianz nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli zdarzenie było wynikiem:

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

- a) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi,
- b) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,
- c) pobytu związanego z rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1. Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantcie standardowym lub w wariantcie ochronnym.
- 2) W sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka zawarcie niniejszej umowy dodatkowej nie będzie możliwe Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania zawarcia pozostałych umów dodatkowych dla Ubezpieczonego dziecka.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.
- 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie przez przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie znanych przedstawicielowi ustawowemu okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku nie dłużej jednak niż do dnia:
 - a) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
 - b) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzająca ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat z zastrzeżeniem pkt 1) i 3) niniejszego ustępu
- 3) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ma ukończonych 18 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po upływie 30 dni od daty wskazanej w polisie, z zastrzeżeniem postanowień zdania następnego. W przypadku zdarzeń ubezpieczeniowych spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa wraz z rozwiązaniem tej umowy w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę

polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat.

3.

Wysokość opłaty za ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest równa wysokości składki regularnej dodatkowej wpłacanej z tytułu tej umowy. Opłata za ochronę ubezpieczeniową jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia, z uwzględnieniem okresu, o którym mowa w § 4 ust. 5. Opłata ta pobierana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.w.u. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

§ 6

Wyplata świadczenia

1.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie w wysokości ustalonej w umowie dodatkowej, z uwzględnieniem postanowień zawartych w ust. 2.

2.

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

- a) karta informacyjna leczenia szpitalnego,
- b) opis okoliczności wypadku, jeżeli przyczyną hospitalizacji był nieszczęśliwy wypadek,
- c) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- d) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- e) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wpłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

3.

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w formie wypłaty jednorazowej.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 77/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz



Magdalena Nawłoka



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka (kod produktu: DUN)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia Specjalnie dla Dziecka (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka (dalej umowy dodatkowej), gdy umowa ta została zawarta na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Umowa dodatkowa nie może trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Allianz podjął się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka.

3.

Warunki i terminy określone w umowie ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w umowie dodatkowej zawartej na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia.

4.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie ogólne warunki umowy ubezpieczenia (dalej: o.w.u.).

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą one umowy dodatkowej, nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **Lekarz prowadzący** – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym dzieckiem po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku.
- 2) **Oparzenie** – uszkodzenie powłok ciała spowodowane działaniem wysokiej temperatury, prądu elektrycznego, substancji chemicznych, promieniowania (w tym promieniowania jonizującego), z wyłączeniem oparzeń słonecznych; rozległość i głębokość oparzeń (stopień oparzeń) oceniane są na podstawie dokumentacji z leczenia szpitalnego i w oparciu o przyjęte tabele oceny wielkości powierzchni ciała (Tablica Lunda i Browdera).
- 3) **Oparzenia dróg oddechowych** – oparzenia powstałe w wyniku wdychania dymu, gazów lub środków chemicznych, manifestujące się obrzękiem tkanki płucnej, zapaleniem płuc, wymagające leczenia w warunkach szpitalnych i skutkujące pobyt w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 3 pełnych dni pobytu w szpitalu.
- 4) **Rana cięta i szarpana** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, powstałe wskutek przecięcia skóry lub położonych głębiej tkanek z wyjątkiem kości; za ranę ciętą w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się ran ciętych będących skutkiem zamierzonego działania leczniczego.
- 5) **Rana miażdżona** – uszkodzenie ciała wymagające zaopatrzenia chirurgicznego, charakteryzujące się zmiażdżeniem brzegów rany, utworzeniem głębokiego krwiaka, również z rozległym uszkodzeniem podłoża kostnego.
- 6) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota na wszystkie zdarzenia, będąca podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu zdarzenia objętego niniejszą umową dodatkową. W razie przejścia przez Allianz opłacania składek regularnych z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego skutkującego taką formą wypłaty świadczenia, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do wysokości 20 000 zł.
- 7) **Szpital** – zakład opieki zdrowotnej działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych warunków nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 8) **Ubezpieczone dziecko** – dziecko własne lub przysposobione przez Ubezpieczonego, posiadające w chwili zawarcia umowy przyznany numer PESEL, które nie ukończyło 18 lat, którego zdrowie objęte jest ochroną ubezpieczeniową.
- 9) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka.

- 10) **Uraz narządu ruchu** – uraz określony przez lekarza jako uraz skrętny lub zwichnięcie, nie prowadzący w konsekwencji do złamań kostnych i wymagający unieruchomienia uszkodzonego narządu w sposób ciągły na okres co najmniej 7 dni poprzez zastosowanie: gipsu, gipsu syntetycznego, gorsetu, szyn, stabilizatora lub kołnierza ortopedycznego.
- 11) **Uszczerbek na zdrowiu** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku; uszczerbek na zdrowiu Allianz ustala na podstawie dokumentacji medycznej.
- 12) **Utrata narządu** – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku.
- 13) **Wstrząśnienie mózgu** – odwracalne zaburzenie czynności pnia mózgu wskutek urazu, bez uchwytnych zmian anatomicznych, cechujące się krótkotrwałą utratą świadomości i niepamięcią wsteczną, rozpoznane przez lekarza pogotowia lub izby przyjęć.
- 14) **Zabieg operacyjny** – leczenie chirurgiczne przeprowadzone w trakcie hospitalizacji, a według wiedzy medycznej konieczne w procesie leczenia skutków nieszczęśliwego wypadku u Ubezpieczonego dziecka określonych w dokumentacji medycznej.
- 15) **Zaopatrzenie chirurgiczne** – opracowanie chirurgiczne rany rozumiane jako jej oczyszczenie, usunięcie tkanek martwiczych i założenie szwów przy użyciu nici chirurgicznych, klamerek lub plastrów chirurgicznych.
- 16) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu lub przebyciu zabiegu operacyjnego, będących następstwami nieszczęśliwego wypadku.
- 17) **Złamanie** – nagłe przerwanie ciągłości tkanki kostnej wskutek urazu, bez współistnienia tła chorobowego; za złamanie uważa się również urazowe złuszczenie chrząstek nasadowych.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

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

2.

Ochroną ubezpieczeniową objęte są zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły w okresie ochrony ubezpieczeniowej.

3.

- 1) Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego dziecka uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest w procencie sumy ubezpieczenia odpowiadającemu odpowiednim uszczerbkom na zdrowiu wymienionym w Tabeli oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącej załącznik do niniejszych warunków, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w każdym roku polisowym.
- 2) Świadczenie z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego wypłacane jest w procencie sumy ubezpieczenia odpowiadającemu odpowiednim zabiegom operacyjnym wymienionym w Tabeli zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej załącznik do niniejszych warunków, maksymalnie jednak do wysokości 100% tej sumy w każdym roku polisowym, przy czym:
 - a) świadczenie wypłacane jest pod warunkiem pobytu w szpitalu nieprzerwanie przez minimum 3 dni w ramach jednego pobytu w związku z przebyciem zabiegami operacyjnymi,
 - b) świadczenie wypłacane jest za jeden zabieg operacyjny w obrębie tego samego narządu, w związku z nieszczęśliwym wypadkiem, który wystąpił w trakcie trwania okresu ubezpieczenia,
 - c) świadczenia podlegają sumowaniu jeżeli podczas jednego zabiegu operacyjnego operowany będzie więcej niż jeden narząd (maksymalnie jednak do wartości 100% świadczenia z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego),
 - d) przebycie zabiegu operacyjnego ma służyć leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku pozostających w związku z tym zdarzeniem.

4.

Allianz jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu niniejszej umowy dodatkowej w odniesieniu do zdarzeń spowodowanych nieszczęśliwym wypadkiem, który nastąpił bezpośrednio w wyniku:

- a) działania Ubezpieczonego dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez niebezpieczny wypadek,
 - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczone dziecko było pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczone dziecko czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - e) czynnego udziału Ubezpieczonego dziecka w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego dziecka w aktach terroru,
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
 - g) uczestniczenia Ubezpieczonego dziecka w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - i) poddania się przez Ubezpieczone dziecko leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem,
 - j) zatrucia się Ubezpieczonego dziecka substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku niebezpiecznego wypadku,
 - k) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dziecka niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek niebezpiecznego wypadku,
 - l) wszelkich chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był niebezpieczny wypadek,
 - m) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - n) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - o) prowadzenia przez Ubezpieczone dziecko pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.
 - 1) Umowa dodatkowa może być zawarta wyłącznie w wariantach standardowym lub w wariantach ochronnym.
 - 2) W sytuacji, gdy w wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka zawarcie niniejszej umowy dodatkowej nie będzie możliwe, Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania zawarcia pozostałych umów dodatkowych dla Ubezpieczonego dziecka.
2.
 - 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.
 - 2) Wyrażenie przez Allianz zgody na zawarcie umowy dodatkowej zostanie wydane pod warunkiem, że są spełnione wszystkie niżej wymienione wymagania:
 - a) złożenie przez przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego dziecka oświadczenia o stanie zdrowia Ubezpieczonego dziecka oraz podanie znanych przedstawicielowi ustawowemu okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - b) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego dziecka w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.
3.
 - 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku nie dłużej jednak niż do dnia:

- a) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
 - b) przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzająca ukończenie przez Ubezpieczone dziecko 26 lat z zastrzeżeniem pkt 1) i 3) niniejszego ustępu
 - 3) Umowa dodatkowa 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 dodatkowej.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego dziecka, które w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ma ukończonych 18 lat.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od daty wskazanej w polisie.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa wraz z rozwiązaniem tej umowy w sytuacjach opisanych w ust. 3, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej w wymaganym terminie – ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty,
- 2) uznania roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, skutkującego łącznie wypłatą 100% sumy ubezpieczenia ze wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym – ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, które było podstawą do wypłaty łącznie 100% sumy ubezpieczenia ze wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w danym roku polisowym

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka regularna dodatkowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia. Wysokość składki regularnej dodatkowej określona jest w polisie.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z dniem rozwiązania umowy dodatkowej, w tym z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego dziecko 26 lat.

3.

Wysokość opłaty za ochronę z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest równa wysokości składki regularnej dodatkowej wpłacanej z tytułu tej umowy. Opłata za ochronę ubezpieczeniową jest naliczana i pobierana za czas jej świadczenia. Opłata ta pobierana jest na zasadach określonych w § 10 ust. 4 pkt 1 o.w.u. W razie rozwiązania umowy dodatkowej na zasadach przewidzianych w niniejszych warunkach Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Allianz jej nie świadczył.

§ 6

Wypłata i określenie wysokości świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Allianz wypłaci Ubezpieczonemu dziecku świadczenie w wysokości ustalonej w niniejszej umowie dodatkowej, z uwzględnieniem postanowień zawartych w niniejszym paragrafie.
- 2) Wysokość świadczenia ustala się po stwierdzeniu, że istnieje adekwatny związek przyczynowy między niebezpiecznym wypadkiem, a uszczerbkiem na zdrowiu lub przebiegiem zabiegu operacyjnego.

2.

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

- a) dokumentacja medyczna dotycząca leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpieczonego dziecka po niebezpiecznym wypadku,
- b) opis okoliczności niebezpiecznego wypadku,
- c) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- d) dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,

- e) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Allianz, wskazane przez Allianz osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia po wypłynięciu zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

3.

- 1) Allianz zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ustalenie wystąpienia uszczerbku na zdrowiu lub zasadność przeprowadzenia zabiegu operacyjnego.
- 2) Jeżeli wskutek jednego nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczone dziecko doznało kilku uszczerbków na zdrowiu lub podczas zabiegu operacyjnego będącego skutkiem tego samego nieszczęśliwego wypadku operowany jest więcej niż jeden narząd to świadczenia z tytułu uszczerbku na zdrowiu lub z tytułu przebycia zabiegu operacyjnego zostają zsumowane. Maksymalnie jednak do 100% sumy ubezpieczenia.

4.

Świadczenie z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wypłacane jest Ubezpieczonemu dziecku w formie wypłaty jednorazowej.

5.

W razie uznania roszczenia przez Allianz i śmierci Ubezpieczonego dziecka przed wypłatą świadczenia, zostanie ono wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego dziecka.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

2.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 78/2015 z dnia 2 czerwca 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz

Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu

Tabele: oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu oraz zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Załącznik nr 1 do warunków umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka stanowiących załącznik do uchwały Zarządu nr 78/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r.

Tabela oceny złamań i powypadkowego uszczerbku na zdrowiu

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1.	Uszkodzenia głowy	
	1) Ubytki w kościach czaszki – o charakterze wgłobień, szczeliny lub fragmentacje, niezależnie od rozległości	5
	2) Złamania podstawy czaszki	15
	3) Złamania nosa	5
	4) Złamania szczęki lub żuchwy	10
	5) Utrata częściowa szczęki lub żuchwy	15
	6) Utrata całkowita szczęki lub żuchwy	35
	7) Amputacja nosa w całości	30
	8) Amputacja skrzydełka nosa	10
	9) Amputacja całkowita małżowiny usznej	15
	10) Amputacja całkowita obu małżowin usznych	30
2.	Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy	
	1) Porażenie połowicze utrwalone	100
	2) Całkowita utrata mowy	100
3.	Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu	
	1) Utrata wzroku w jednym oku	30
	2) Utrata wzroku w obu oczach	100
	3) Utrata słuchu w jednym uchu	30
	4) Obustronna utrata słuchu	60
4.	Uszkodzenia klatki piersiowej	
	1) Złamanie mostka	3
	2) Złamanie żebra w przypadku złamania do 4 żeber (za każde żebro)	1
	3) Złamania więcej niż 4 żeber (niezależnie od ilości)	10
5.	Uszkodzenia kręgosłupa	
	1) Złamania kręgosłupa szyjnego w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	5
	2) Złamania kręgosłupa piersiowego w odcinku Th1 – Th11 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
	3) Złamania kręgosłupa w odcinku piersiowo-lędźwiowym Th12 – L5 w obrębie trzonu kręgu (za każdy trzon)	4
6.	Uszkodzenia rdzenia	
	1) Całkowite porażenie czterech kończyn (tetraplegia)	100
	2) Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90
	3) Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100
7.	Uszkodzenia miednicy	
	1) Złamania miednicy bez przerwania ciągłości obręczy biodrowej	8
	2) Złamania miednicy z przerwaniem ciągłości obręczy biodrowej	20
	3) Złamania panewki stawu biodrowego	10
8.	Uszkodzenia kończyn górnych	
	1) Złamania łopatki	4
	2) Złamania obojczyka	4
	3) Amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70
	4) Amputacja kończyny wraz z łopatką	75
	5) Złamanie trzonu kości ramiennej	10
	6) Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65
	7) Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90
	8) Złamania dalszej nasady kości ramiennej, wyrostka łokciowego, głowy kości promieniowej	7
	9) Amputacja w stawie łokciowym	60
	10) Złamania dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia	8
	11) Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia	7
	12) Amputacja kończyny w obrębie przedramienia lub nadgarstka	50
	13) Złamania nadgarstka	5
	14) Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50
	15) Złamania pojedynczej kości śródreżca	3

Rodzaj uszczerbku na zdrowiu		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
16)	Złamania kości śródreżca – trzech lub więcej	8
17)	Amputacja w zakresie kciuka (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	5
18)	Amputacja paliczka paznokciowego z częścią paliczka podstawnego lub obu paliczków	15
19)	Złamania kciuka	3
20)	Amputacja fragmentu opuszki palca	1
21)	Amputacja w obrębie paliczka palca wskazującego (z wyjątkiem częściowej utraty opuszki)	4
22)	Amputacja paliczka paznokciowego i/lub paliczka środkowego	7
23)	Amputacja trzech paliczków	10
24)	Złamania palca wskazującego	3
25)	Amputacja dwóch lub trzech paliczków w zakresie palców III, IV lub V	5
26)	Złamania w obrębie palców dłoni III, IV lub V (za każdy palec)	2
27)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palca wskazującego)	4
28)	Złamania w obrębie palców jednej dłoni III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym palec wskazujący)	6
29)	Amputacja pięciu palców jednej ręki	40
9.	Uszkodzenia kończyn dolnych	
1)	Złamania bliższego końca kości udowej (złamania szyjki, złamania przez i podkrętarzowe, złamania krętarzy)	15
2)	Amputacja kończyny dolnej przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	75
3)	Amputacja obu kończyn dolnych przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90
4)	Złamania kości udowej	15
5)	Amputacja kończyny na poziomie uda	55
6)	Złamania nasad tworzących staw kolanowy i rzepki	10
7)	Amputacja kończyny na poziomie kolana	50
8)	Złamania jednej lub obu kości podudzia	10
9)	Amputacja kończyny w obrębie podudzia	45
10)	Złamania w obrębie stawu skokowo-goleniowego lub stawu skokowo-piętowego	5
11)	Złamania kości skokowej lub piętowej	5
12)	Złamania kości stępu	4
13)	Złamania kości śródstopia	2
14)	Złamania trzech i więcej kości śródstopia	5
15)	Amputacja stopy w obrębie śródstopia	20
16)	Amputacja stopy w stawie Lisfranca	25
17)	Amputacja stopy w stawie Choparta	30
18)	Amputacja stopy w całości	35
19)	Amputacja obu stóp	70
20)	Amputacja w obrębie paliczka paznokciowego i utrata całego paliczka	3
21)	Amputacja całego palucha	8
22)	Złamania palucha	2
23)	Amputacja w zakresie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	3
24)	Złamania w obrębie palców stopy II, III, IV lub V (za każdy palec)	1,5
25)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, bez palucha)	3
26)	Złamania w obrębie palców jednej stopy II, III, IV lub V (dwa lub więcej, w tym paluch)	4
10.	Rana cięta, szarpana lub miażdżona	
1)	w obrębie twarzy, szyi, dłoni	2
2)	w obrębie pozostałych części ciała	1
11.	Wstrząśnienie mózgu	4
12.	Oparzenia	
1)	II stopnia (< 2% powierzchni ciała)	2
2)	II stopnia (2-14% powierzchni ciała)	4
3)	II stopnia (15-30% powierzchni ciała)	7
4)	II stopnia (> 30% powierzchni ciała)	30
5)	III stopnia (<5% powierzchni ciała)	4
6)	III stopnia (5-15% powierzchni ciała)	7
7)	III stopnia (>15% powierzchni ciała)	30
8)	Dróg oddechowych leczone w warunkach szpitalnych	10

Tabela zabiegów operacyjnych w wyniku nieszczęśliwego wypadku

Rodzaj zabiegu operacyjnego		Wysokość świadczenia jako % sumy ubezpieczenia
1.	Zabieg operacyjny oka	
	1) Usunięcie gałki ocznej	50
	2) Operacyjne leczenie urazu gałki ocznej	30
	3) Operacja naprawcza odwarstwienia siatkówki (bez kriopeksji i laseroterapii)	10
2.	Zabieg operacyjny nosa	
	1) Operacyjne leczenie złamania kości grzbietu lub nasady nosa	10
3.	Zabieg operacyjny czaszki	
	1) Trepanacja czaszki	20
	2) Operacyjne leczenie złamań szczęki	60
	3) Operacyjne leczenie złamań żuchwy	40
	4) Leczenie złamań podstawy czaszki	60
4.	Zabieg operacyjny w obrębie klatki piersiowej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
	1) Płuc	80
	2) Przełyku	80
	3) Żeber	10
	4) Mostka	20
5.	Zabieg operacyjny w obrębie jamy brzusznej – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
	1) Żołądka: resekcja	50
	2) Żołądka: zeszyście	20
	3) Jelita: resekcja	40
	4) Jelita: zeszyście	20
	5) Wątroby	40
	6) Dróg żółciowych zewnątrz wątrobowych (bez pęcherzyka żółciowego)	80
	7) Trzustki	50
	8) Śledziony – usunięcie całkowite	40
	9) Śledziony – zeszyście	20
	10) Usunięcie nerki	50
	11) Zwiadowcze otwarcie jamy brzusznej	20
6.	Zabieg operacyjny w obrębie miednicy – Leczenie operacyjne urazowego uszkodzenia:	
	1) Cewki moczowej	40
	2) Pęcherza	40
	3) Jądra	20
7.	Operacyjne leczenie złamań kości	
	1) Kręgosłupa	80
	2) Obręczy barkowej	40
	3) Miednicy	50
	4) Ramienia	20
	5) Przedramienia	15
	6) Uda	25
	7) Podudzia	20
	8) Obojczyka	10
	9) Śródstopia	10
	10) Stępu	10
	11) Nadgarstka	10
	12) Śródrećcza	10
	13) Rzepki	10
	14) Łąkotki	10

Tabela opłat i limitów

Ubezpieczenie Specjalnie dla Dziecka Wariant inwestycyjny

Opłaty

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość opłaty
1	Opłata polisowa (w opłatę polisową wliczona jest opłata za ochronę tymczasową) • dla umów opłacanych w trybie polecenia zapłaty • dla umów opłacanych w tradycyjny sposób (poczta, przelew)	(opłata za ochronę tymczasową: 1‰ sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł) • 2 zł miesięcznie • 4 zł miesięcznie
2	Opłata za przeniesienie środków między funduszami • pierwsze przeniesienie w roku polisowym • każde kolejne przeniesienie w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł
3	Opłata za zmianę alokacji składki • pierwsza zmiana alokacji składki w roku polisowym • każda kolejna zmiana alokacji składki w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł
4	Opłata pierwszoroczna (jako % składki regularnej rocznej)	
	Wysokość składki rocznej	< 2000 zł < 4000 zł < 6000 zł < 12000 zł od 12000 zł
	Opłata pierwszoroczna	22,25% 14,00% 10,00% 3,75% 0,00%
5	Opłata odnowieniowa (jako % składki regularnej rocznej)	
	Wysokość składki rocznej	< 2000 zł < 4000 zł < 6000 zł < 12000 zł od 12000 zł
	Opłata odnowieniowa	5,75% 4,75% 3,75% 3,75% 0,00%
	Opłata odnowieniowa pobierana jest w latach 2-5. Od szóstego roku wynosi 0%.	
6	Różnica między ceną kupna i sprzedaży jednostki uczestnictwa funduszu	• 4%
7	Opłata wznawieniowa	• 40 zł
8	Koszt wykupu polisy (jako % podstawy składki regularnej należnej w pierwszym roku polisowym)	
	Kolejne lata	1 rok 2 rok 3 rok 4 rok 5 rok 6 rok
	Koszt wykupu	30% 30% 10% 5% 2% 0%

Limity

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu
1	Minimalna wysokość składki	
	Składka regularna:	
	Roczna	1200 zł
	Półroczna	600 zł
	Kwartalna	300 zł
	Miesięczna	100 zł
	Składka doraźna	500 zł
2	Minimalna wartość rachunku jednostek do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:	1000 zł
3	Minimalna wysokość renty płatnej Ubezpieczonemu dziecku z tytułu dożycia:	
	Renta roczna	1200 zł
	Renta półroczna	600 zł
	Renta kwartalna	300 zł
	Renta miesięczna	100 zł

Tabela opłat i limitów

Ubezpieczenie Specjalnie dla Dziecka Wariant standardowy

Opłaty

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość opłaty														
1	Opłata polisowa (w opłatę polisową wliczona jest opłata za ochronę tymczasową) • dla umów opłacanych w trybie polecenia zapłaty • dla umów opłacanych w tradycyjny sposób (poczta, przelew)	(opłata za ochronę tymczasową: 1% sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł) • 2 zł miesięcznie • 4 zł miesięcznie														
2	Opłata za przeniesienie środków między funduszami • pierwsze przeniesienie w roku polisowym • każde kolejne przeniesienie w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł														
3	Opłata za zmianę alokacji składki • pierwsza zmiana alokacji składki w roku polisowym • każda kolejna zmiana alokacji składki w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł														
4	Opłata pierwszoroczna – jako % składki regularnej rocznej – jako % składki regularnej dodatkowej rocznej	• 66% • 16,5%														
5	Opłata odnowieniowa – jako % składki regularnej rocznej – jako % składki regularnej dodatkowej rocznej	• 7% • 6,6% (pobierana w latach 2-11)														
6	Różnica między ceną kupna i sprzedaży jednostki uczestnictwa funduszu	• 4%														
7	Opłata wznowieniowa	• 40 zł														
8	Koszt wykupu polisy (jako % podstawy składki regularnej należnej w pierwszym roku polisowym)															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kolejne lata</th> <th>1 rok</th> <th>2 rok</th> <th>3 rok</th> <th>4 rok</th> <th>5 rok</th> <th>6 rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koszt wykupu</td> <td>30%</td> <td>30%</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Kolejne lata	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok	Koszt wykupu	30%	30%	10%	5%	2%	0%	
Kolejne lata	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok										
Koszt wykupu	30%	30%	10%	5%	2%	0%										
9	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku – 1% sumy ubezpieczenia rocznie															
10	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1,08% sumy ubezpieczenia rocznie															

Limity

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu
1	Minimalna wysokość składki	
	Składka regularna:	
	Roczna	1200 zł
	Półroczna	600 zł
	Kwartalna	300 zł
	Miesięczna	100 zł
	Składka doraźna	500 zł
2	Minimalna wartość rachunku jednostek do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe	1000 zł
3	Minimalna wysokość renty płatnej Ubezpieczonemu dziecku z tytułu dożycia:	
	Renta roczna	1200 zł
	Renta półroczna	600 zł
	Renta kwartalna	300 zł
	Renta miesięczna	100 zł
4	Suma ubezpieczenia dla umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu	minimum: 10 000 zł maksimum: 30 000 zł
5	Suma ubezpieczenia dla umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka	krotność 20 000,00 zł nie więcej niż 100 000,00 zł
6	Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę do wyliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka	krotność 20 000,00 zł nie więcej niż 100 000,00 zł

Tabela opłat i limitów

Ubezpieczenie Specjalnie dla Dziecka Wariant ochronny

Opłaty

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość opłaty														
1	Opłata polisowa (w opłatę polisową wliczona jest opłata za ochronę tymczasową) • dla umów opłacanych w trybie polecenia zapłaty • dla umów opłacanych w tradycyjny sposób (pocztą, przelewem)	(opłata za ochronę tymczasową: 1‰ sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł) • 2 zł miesięcznie • 4 zł miesięcznie														
2	Opłata za przeniesienie środków między funduszami • pierwsze przeniesienie w roku polisowym • każde kolejne przeniesienie w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł														
3	Opłata za zmianę alokacji składki • pierwsza zmiana alokacji składki w roku polisowym • każda kolejna zmiana alokacji składki w roku polisowym	• bezpłatnie • 20 zł														
4	Opłata pierwszoroczna – jako % składki regularnej rocznej – jako % składki regularnej dodatkowej rocznej	• 66% • 16,5%														
5	Opłata odnowieniowa – jako % składki regularnej rocznej – jako % składki regularnej dodatkowej rocznej	• 7% • 6,6% (pobierana w latach 2-11)														
6	Różnica między ceną kupna i sprzedaży jednostki uczestnictwa funduszu	• 4%														
7	Opłata wznowieniowa	• 40 zł														
8	Koszt wykupu polisy (jako % podstawy składki regularnej należnej w pierwszym roku polisowym)															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Kolejne lata</th> <th>1 rok</th> <th>2 rok</th> <th>3 rok</th> <th>4 rok</th> <th>5 rok</th> <th>6 rok</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Koszt wykupu</td> <td>30%</td> <td>30%</td> <td>10%</td> <td>5%</td> <td>2%</td> <td>0%</td> </tr> </tbody> </table>	Kolejne lata	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok	Koszt wykupu	30%	30%	10%	5%	2%	0%	
Kolejne lata	1 rok	2 rok	3 rok	4 rok	5 rok	6 rok										
Koszt wykupu	30%	30%	10%	5%	2%	0%										
9	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku – 1‰ sumy ubezpieczenia rocznie															
10	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – 1,08‰ sumy ubezpieczenia rocznie															

Limity

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu
1	Minimalna wysokość składki	
	Składka regularna:	
	Roczna	1200 zł
	Półroczna	600 zł
	Kwartalna	300 zł
	Miesięczna	100 zł
	Składka doraźna	500 zł
2	Minimalna wartość rachunku jednostek do przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe	1000 zł
3	Minimalna wysokość renty płatnej Ubezpieczonemu dziecku z tytułu dożycia:	
	Renta roczna	1200 zł
	Renta półroczna	600 zł
	Renta kwartalna	300 zł
	Renta miesięczna	100 zł
4	Suma ubezpieczenia dla umowy dodatkowej ubezpieczenia leczenia Ubezpieczonego dziecka w szpitalu	minimum: 10 000 zł maksimum: 30 000 zł
5	Suma ubezpieczenia dla umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania Ubezpieczonego dziecka	krotność 20 000,00 zł nie więcej niż 100 000,00 zł
6	Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę do wyliczenia świadczenia z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków Ubezpieczonego dziecka	krotność 20 000,00 zł nie więcej niż 100 000,00 zł

Tabela stawek za ryzyko śmierci – miesięczna stawka za ryzyko śmierci

WIEK	Miesięczna stawka za ryzyko śmierci
0	0,000420
1	0,000028
2	0,000019
3	0,000013
4	0,000010
5	0,000009
6	0,000009
7	0,000009
8	0,000010
9	0,000010
10	0,000010
11	0,000010
12	0,000012
13	0,000014
14	0,000017
15	0,000024
16	0,000031
17	0,000040
18	0,000048
19	0,000054
20	0,000059
21	0,000061
22	0,000061
23	0,000061
24	0,000060
25	0,000060
26	0,000062
27	0,000064
28	0,000067
29	0,000071
30	0,000075
31	0,000081
32	0,000087
33	0,000095
34	0,000104
35	0,000114
36	0,000126
37	0,000139
38	0,000153
39	0,000169
40	0,000187
41	0,000207
42	0,000229
43	0,000254
44	0,000282
45	0,000313
46	0,000347
47	0,000385
48	0,000427
49	0,000473
50	0,000521

WIEK	Miesięczna stawka za ryzyko śmierci
51	0,000574
52	0,000629
53	0,000688
54	0,000750
55	0,000814
56	0,000883
57	0,000954
58	0,001029
59	0,001108
60	0,001191
61	0,001279
62	0,001372
63	0,001470
64	0,001575
65	0,001688
66	0,001810
67	0,001941
68	0,002085
69	0,002244
70	0,002420
71	0,002618
72	0,002840
73	0,003091
74	0,003376
75	0,003699
76	0,004064
77	0,004475
78	0,004935
79	0,005446
80	0,006011
81	0,006632
82	0,007310
83	0,008049
84	0,008849
85	0,009718
86	0,010659
87	0,011676
88	0,012778
89	0,013973
90	0,015261
91	0,016667
92	0,018181
93	0,019808
94	0,021553
95	0,023423
96	0,025422
97	0,027557
98	0,029832
99	0,032255
100	0,034829
101	1,000000

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

Załącznik do umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartej na podstawie wniosków złożonych od dnia 12 czerwca 2015 r.

§ 1.

Postanowienia ogólne

1.

Niniejszy Regulamin określa zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. zgodnie z Ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (tekst jedn. Dz. U. 2010 Nr 11, poz. 66 z późn. zm.), zwaną dalej Ustawą, w ramach umów ubezpieczenia na życie, do których stanowi on załącznik.

2.

Allianz tworzy następujące Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe:

- 1) Fundusz Pieniężny,
- 2) Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych,
- 3) Fundusz Obligacji,
- 4) Fundusz Stabilnego Wzrostu,
- 5) Fundusz Aktywnej Alokacji,
- 6) Fundusz Dynamiczny,
- 7) Fundusz Akcji Plus,
- 8) Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek,
- 9) Fundusz Selektywny.

3.

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – wartość wszystkich aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania,
- 2) **Dzień Wyceny** – dzień, na który zostaje ustalona Wartość Aktywów Netto Funduszu, tj. każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., a także ostatni dzień miesiąca, jeśli przypada on na dzień wolny od pracy,
- 3) **Uczestnik Funduszu** – podmiot, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz,
- 4) **Cena Jednostki Uczestnictwa** – Wartość Aktywów Netto podzielona przez ilość jednostek uczestnictwa Funduszu,
- 5) **Cena kupna jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa,
- 6) **Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach jednostek, równa Cenie Jednostki Uczestnictwa,
- 7) **Instrumenty Rynku Pieniężnego** – rozumie się przez to papiery wartościowe lub prawa majątkowe inkorporujące wyłącznie wierzytelności pieniężne:
 - a) o terminie realizacji praw nie dłuższym niż 397 dni liczonym od dnia ich wystawienia lub od dnia ich nabycia, lub
 - b) które regularnie podlegają dostosowaniu do bieżących warunków panujących na rynku pieniężnym w okresach nie dłuższych niż 397 dni, lub
 - c) których ryzyko inwestycyjne, w tym ryzyko kredytowe i ryzyko stopy procentowej, odpowiada ryzyku instrumentów finansowych, o których mowa w lit. a lub b
 – oraz co do których istnieje popyt umożliwiające ich nabywanie i zbywanie w sposób ciągły na warunkach rynkowych, przy czym przejściowa utrata płynności przez papier wartościowy lub prawo majątkowe nie powoduje utraty przez ten papier lub prawo statusu instrumentu rynku pieniężnego.

4.

Pozostałe terminy użyte w Regulaminie mają znaczenie nadane im w ogólnych warunkach umów ubezpieczenia na życie, do których niniejszy Regulamin stanowi załącznik (zwanymi dalej: o.w.u.).

§ 2.

Cel inwestycyjny Funduszy

1.

- 1) Celem inwestycyjnym Funduszy jest wzrost wartości Aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat.
- 2) Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego, określonego w pkt 1), w żadnym z Funduszy wymienionych w § 1 ust. 2.

- 3) Wyniki Funduszy osiągnięte w przeszłości nie stanowią podstawy do oczekiwań przyszłych wyników inwestycyjnych tych Funduszy.
- 4) Ryzyko inwestycyjne związane z wybranym Funduszem ponosi Ubezpieczający.

§ 3.

Kategorie dopuszczalnych lokat Funduszy

1.

Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące kategorie lokat:

- 1) akcje, warranty subskrypcyjne, prawa do akcji, prawa poboru, kwity depozytowe; na zasadach określonych w ust. 2,
- 2) listy zastawne, dłużne papiery wartościowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego; na zasadach określonych w ust. 2,
- 3) depozyty bankowe,
- 4) instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne; na zasadach określonych w ust. 3,
- 5) jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze inwestycyjne, w tym fundusze zagraniczne oraz instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą,
- 6) waluty.

2.

Dokonując lokat w kategorii lokat, o których mowa w ust. 1 pkt 1)-2) Aktywa Funduszy inwestowane są w:

- 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
- 2) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego dopuszczone do obrotu na rynku regulowanym na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub w państwie członkowskim, a także na rynku zorganizowanym niebędącym rynkiem regulowanym w Rzeczypospolitej Polskiej lub innym państwie członkowskim, a także na rynku zorganizowanym w państwie OECD innym niż Rzeczpospolita Polska i państwo członkowskie na następujących rynkach:
 - a) Australia: Australian Stock Exchange oraz Sydney Futures Exchange,
 - b) Filipiny: The Philippine Stock Exchange (PSE);
 - c) Hong Kong: Hong Kong Exchanges and Clearing Limited (HKEx) oraz Hong Kong Futures Exchange (HKF);
 - d) Indonezja: Indonesia Stock Exchange (IDX);
 - e) Islandia: Iceland Stock Exchange;
 - f) Japonia: Nagoya Stock Exchange, Osaka Stock Exchange, Tokyo Stock Exchange;
 - g) Kanada: Bourse de Montreal, TSX Group;
 - h) Korea Południowa: Korea Stock Exchange;
 - i) Malaysia: Bursa Malaysia;
 - j) Meksyk: Mexico Stock Exchange (Bolsa Mexicana de Valores);
 - k) Norwegia: Oslo Stock Exchange;
 - l) Nowa Zelandia: New Zealand Stock Exchange;
 - m) Południowa Afryka: Johannesburg Stock Exchange (JSE);
 - n) Singapur: Singapore Exchange (SGX);
 - o) Stany Zjednoczone Ameryki Północnej: New York Stock Exchange (NYSE), Over the Counter Market in NASDAQ-System (NASDAQ), Amex (American Stock Exchange), CBOT (Chicago Board of Trade), Chicago Board Options Exchange, Chicago Mercantile Exchange, International Securities Exchange, YBOT (New York Board of Trade), NYMEX (New York Mercantile Exchange), PCX (Pacific Exchange), PHLX (Philadelphia Stock Exchange);
 - p) Szwajcaria: Swiss Exchange;
 - q) Tajlandia: Stock Exchange of Thailand (SET), Thailand Futures Exchange (TFEX);
 - r) Turcja: Istanbul Stock Exchange (ISE) (Istanbul Menkul Kıymetler Borsası, İMKB), Turkdex Derivatives Exchange;
 - s) Vietnam: Hanoi Stock Exchange (HNX), Ho Chi Minh Stock Exchange (HSX).
- 3) papiery wartościowe i Instrumenty Rynku Pieniężnego, inne niż określone w punktach powyższych, przy czym łączna wartość tych lokat nie może przewyższać 10% Wartości Aktywów Netto danego Funduszu.

3.

Fundusze mogą inwestować swoje Aktywa w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne, zarówno w celu zapewnienia

sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.

§ 4.

Polityka inwestycyjna, kryteria doboru lokat, zasady dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne Funduszy.

1.

Fundusz Pieniężny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów Funduszu, przede wszystkim, w krótkoterminowe instrumenty dłużne, emitowane lub gwarantowane głównie przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, a także w inne instrumenty dłużne papiery wartościowe zapewniające konkurencyjne oprocentowanie, emitowane przez inne podmioty o najwyższej wiarygodności. Maksymalny, ważony wartością lokat, czas trwania tych lokat (duration) nie może być dłuższy niż 1 rok. Udział listów zastawnych, dłużnych papierów wartościowych, instrumentów rynku pieniężnego oraz depozytów bankowych w Wartości Aktywów Netto Funduszu będzie zawierał się w przedziale od 70% do 100% Wartości Aktywów Netto tego Funduszu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest ochrona realnej wartości Aktywów tego Funduszu.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Pieniężnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 2-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w papiery wartościowe lub Instrumenty Rynku Pieniężnego wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również do lokat w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 6) Ponadto Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w instrumenty pochodne, w tym niewystandaryzowane instrumenty pochodne w celu zapewnienia sprawnego zarządzania portfelem inwestycyjnym Funduszu jak i w celu ograniczenia ryzyka inwestycyjnego.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Pieniężnego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

2.

Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w dłużne papiery wartościowe, w tym w szczególności w obligacje i bony skarbowe oraz Instrumenty Rynku Pieniężnego emitowane przez Skarb Państwa. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Aktywa Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust 1 pkt 2-5.
- 4) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 5) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 4) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.

- 6) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Polskich Obligacji Skarbowych pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

3.

Fundusz Obligacji

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów w średnio- i długoterminowe instrumenty dłużne emitowane przez przedsiębiorstwa oraz emitowane i gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, rządu państw członkowskich, a także innych państw należących do OECD, również z wykorzystaniem instrumentów pochodnych. Ponadto aktywa mogą być inwestowane w dłużne papiery wartościowe emitowane przez inne niż wskazane w zdaniu poprzednim podmioty. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1-5.
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 6) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 punkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Instrumenty finansowe, o których mowa w §3 ust. 1 punkt 1), mogą stanowić do 10% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Obligacji pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

4.

Fundusz Stabilnego Wzrostu

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu będzie się zawierał w przedziale od 0% do 40%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały papiery wartościowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu ustalane są na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Stabilnego Wzrostu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.

- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 40% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Stabilnego Wzrostu pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

5.

Fundusz Aktywnej Alokacji

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe, obligacje zamienne i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji będzie się zawierał w przedziale od 0% do 80%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje zarówno w akcje największych spółek o solidnych fundamentach i Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji lokat oraz dużą zmiennością rodzaju lokat posiadanych w portfelu.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Aktywnej Alokacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 80% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Aktywnej Alokacji pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

6.

Fundusz Dynamiczny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich

- udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego będzie się zawierał w przedziale od 60 % do 100%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu inwestowane są w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały papiery wartościowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu ustalane są na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Dynamicznego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Dynamicznego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

7.

Fundusz Akcji Plus

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie Aktywów Funduszu w akcje i obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje spółek notowanych na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., charakteryzujących się solidnymi fundamentami i dobrymi perspektywami rozwoju.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Plus mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,

- e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus.
 - 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Plus pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

8.

Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje i obligacje zamienne małych i średnich spółek oraz inne instrumenty oparte o akcje tych spółek takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Fundusz inwestuje przede wszystkim w akcje oraz inne instrumenty oparte o akcje małych i średnich spółek, przez które to rozumie się spółki, których waga w indeksie WIG jest mniejsza niż 2%.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1-5.
- 6) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Akcji Małych i Średnich Spółek pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

9.

Fundusz Selektyny

- 1) Allianz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie w akcje, obligacje zamienne oraz inne instrumenty oparte o akcje takie jak prawa do akcji, prawa poboru, warranty subskrypcyjne, kwity depozytowe i instrumenty pochodne, z zastrzeżeniem, że ich udział w Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynnego będzie się zawierał w przedziale od 70% do 100%. W pozostałym zakresie Aktywa Funduszu inwestowane są przede wszystkim w instrumenty dłużne; w tym emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Allianz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.

- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Allianz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym. Allianz inwestuje Aktywa Funduszu przede wszystkim w akcje spółek niedowartościowanych, biorąc pod uwagę prognozowane wyniki finansowe oraz większą i prognozowaną się w przyszłości podstawowych wskaźników giełdowych. Allianz lokuje Aktywa tego Funduszu w akcje spółek, co do których istnieje wysokie prawdopodobieństwo wzrostu wyceny rynkowej ze względu na sytuację fundamentalną, atrakcyjność branży, w której prowadzą działalność, skład akcjonariatu czy będących potencjalnym celem przejęcia.
- 3) Proporcje między lokatami Aktywów Funduszu, w ramach limitów, o których mowa poniżej, uzależnione są od decyzji podejmowanych przez Allianz na podstawie oceny bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji i rynku finansowych instrumentów dłużnych.
- 4) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 5) Aktywa Funduszu Selektynnego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. 1-5.
- 6) Allianz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.
- 7) Ograniczenia, o którym mowa w punkcie 6) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), jak również w instrumenty finansowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez:
 - a) Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski,
 - b) jednostkę samorządu terytorialnego,
 - c) państwo członkowskie,
 - d) jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
 - e) państwo należące do OECD,
 - f) międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 8) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 1), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynnego.
- 9) Instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5), mogą stanowić do 100% Wartości Aktywów Netto Funduszu Selektynnego pod warunkiem, że aktywa tych funduszy inwestycyjnych otwartych, funduszy zagranicznych lub instytucji mogą być, zgodnie z ich statutem lub regulaminem, inwestowane w te same kategorie lokat, w które inwestuje Fundusz zgodnie ze swoją polityką inwestycyjną, kryteriami doboru lokat, zasadami dywersyfikacji i innymi ograniczeniami inwestycyjnymi określonymi w Regulaminie.

10.

Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:

- 1) członkom Zarządu lub Rady Nadzorczej Allianz,
- 2) osobom zatrudnionym w Allianz,
- 3) osobom pozostającym z osobami wymienionym w punkcie 1) i 2) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa.

11.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregośkolwiek podmiotu wymienionego w § 4 ust. 10.

§ 5.

Tworzenie i likwidacja Funduszu

1.

- 1) W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do tworzenia nowych i likwidacji oferowanych Funduszy.
- 2) Aktualna lista oferowanych przez Allianz Funduszy oraz zasad lokowania środków oferowanych Funduszy znajduje się na stronie internetowej Allianz.

2.

- 1) W przypadku likwidacji Funduszu, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej likwidacji, Allianz zawiadamia Uczestnika likwidowanego Funduszu o:
 - nazwie likwidowanego Funduszu,
 - dacie likwidacji Funduszu,
 - terminie w jakim można złożyć wniosek o przeniesienie środków z likwidowanego Funduszu oraz wniosek o zmianę alokacji składki.
- 2) Dodatkowo informacja o likwidacji Funduszu zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.

3.

Jeżeli do daty likwidacji Funduszu Uczestnik Funduszu nie wskaże innego Funduszu, do którego przenosi jednostki uczestnictwa likwidowanego Funduszu, z datą likwidacji zostaną one przeniesione do Funduszu, którego cel inwestycyjny oraz zasady lokowania aktywów są, zgodnie z najlepszą wiedzą Allianz, najbardziej zbliżone do celu inwestycyjnego oraz zasad lokowania aktywów likwidowanego Funduszu.

4.

Jeżeli do daty likwidacji Funduszu Uczestnik Funduszu nie zmieni dyspozycji alokacji składki, Allianz alokuje część składki wpłacaną do likwidowanego Funduszu na zasadach opisanych w ust. 3.

5.

Jeżeli w terminie 14 dni przed dniem likwidacji Funduszu Ubezpieczający złoży dyspozycję przeniesienia środków bądź zmiany alokacji składki, która miałyby skutkować nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Allianz odmówi realizacji takiej dyspozycji, informując o tym Ubezpieczającego.

6.

- 1) W przypadku utworzenia nowego Funduszu Allianz poinformuje o tym Ubezpieczającego. Informacja o utworzeniu nowego Funduszu wraz z określeniem zasad lokowania aktywów tego Funduszu zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
- 2) Warunkiem określenia alokacji składki do nowego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do nowego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym zasady lokowania aktywów nowego Funduszu.

7.

Za realizację dyspozycji, o których mowa w ust. 3 i 4 Allianz nie pobiera opłat transakcyjnych, o których mowa w o.w.u.

§ 6.

Zmiana zasad lokowania aktywów Funduszu

1.

W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Allianz jest uprawniony do zmiany zasad lokowania aktywów oferowanych Funduszy (tj. polityki inwestycyjnej oferowanych Funduszy, kryteriów doboru lokat, zasad dywersyfikacji lub innych ograniczeń inwestycyjnych określonych w Regulaminie), w tym do zmiany nazwy Funduszu.

2.

- 1) W przypadku zmiany zasad lokowania aktywów Funduszu, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 30 dni przed datą planowanej zmiany, Allianz zawiadamia Ubezpieczającego o terminie i wprowadzanych zmianach. Informacja, o której mowa w zdaniu poprzednim zamieszczana jest na stronie internetowej Allianz.
- 2) Warunkiem określenia alokacji składki do zmienionego Funduszu lub złożenia dyspozycji przeniesienia środków do zmienionego Funduszu jest zapoznanie się przez Ubezpieczającego z aktualnym brzmieniem Regulaminu, uwzględniającym nowe zasady lokowania aktywów zmienionego Funduszu.

§ 7.

Ustalanie Wartości Aktywów Netto Funduszu i wycena Jednostki Uczestnictwa

1.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu jest ustalana w Dniu Wyceny, tj. na każdy dzień regularnej sesji na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., a także na ostatni dzień miesiąca, jeśli przypada on na dzień wolny od pracy, z dokładnością do jednego grosza.

2.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wycenia się na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu Wyceny.

3.

Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz.

4.

- 1) Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach w Dniu Wyceny liczbę Jednostek Uczestnictwa. Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.
- 2) Liczbę jednostek uczestnictwa ewidencjonuje się na rachunkach jednostek z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

5.

Do ustalenia Wartości Aktywów Netto zobowiązany jest Allianz.

6.

Allianz informuje Uczestników Funduszu o Cenie Jednostki Uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyceny Funduszy są publikowane na stronie internetowej Allianz.

§ 8.

Koszty obciążające Fundusz

1.

Działalność Funduszu jest finansowana bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Allianz zgodnie z postanowieniami Ustawy oraz umowami z Uczestnikami Funduszu.

2.

Bezpośrednio z aktywów Funduszu finansowane są:

- 1) koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Fundusz jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów,
- 2) koszty zarządzania Funduszem przez Allianz odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Allianz.

3.

Wysokość wynagrodzenia pobieranego za zarządzanie Funduszem, liczona od wartości Aktywów Netto Funduszu, wynosi (w skali roku):

1. Fundusz Pieniężny	1,5%
2. Fundusz Polskich Obligacji Skarbowych	2,0%
3. Fundusz Obligacji	2,0%
4. Fundusz Stabilnego Wzrostu	2,0%
5. Fundusz Aktywnej Alokacji	2,0%
6. Fundusz Dynamiczny	2,0%
7. Fundusz Akcji Plus	3,0%
8. Fundusz Akcji Małych i Średnich Spółek	3,0%
9. Fundusz Selektywny	3,0%

4.

Allianz może czasowo obniżyć wysokość wynagrodzenia, o którym mowa w ust. 3, pobieranego za zarządzanie Funduszem. Informacja o aktualnej wysokości tego wynagrodzenia i okresie obowiązywania danej stawki znajduje się na stronie internetowej Allianz oraz można ją uzyskać korzystając z infolinii Allianz.

5.

Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są ponoszone przez Allianz.

§ 9.

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają zapisy o.w.u. oraz powszechnie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

2.

Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 83/2015 z dnia 2 czerwca 2015 r. i wchodzi w życie z dniem 12 czerwca 2015 roku.



Veit Stutz



Magdalena Nawłoka



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu Wiceprezes Zarządu

Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie

Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2012 r. Nr 361 z późn. zm.) zwanej dalej „ustawą o PIT” od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnych, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c ustawy o PIT;
- b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu ustawy PIT są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT) są przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 ustawy o PIT, od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 5 w zw. z art. 24 ust. 15 ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, środków zgromadzonych na tym koncie pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej, jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne. Dochodem przy całkowitym zwrocie, który został poprzedzony zwrotami częściowymi, jest różnica pomiędzy wartością środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym na dzień całkowitego zwrotu a sumą wpłat na indywidualne konto emerytalne pomniejszoną o koszty częściowych zwrotów. W przypadku częściowego zwrotu dochodem jest kwota zwrotu pomniejszona o koszty przypadające na ten zwrot. Za koszt, o którym mowa w zdaniu pierwszym, uważa się iloczyn kwoty zwrotu i wskaźnika stanowiącego udział sumy wpłat na indywidualne konto emerytalne do wartości środków zgromadzonych na tym koncie. Przy kolejnym częściowym zwrocie przepisy postanowienia powyższe stosuje się odpowiednio, z tym że do ustalenia wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym bierze się aktualny stan środków na tym koncie. Dochodu nie pomniejsza się o straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych poniesionych w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Na podstawie art. 30a ust. 1 pkt 11 ustawy o PIT od dochodu uczestnika pracowniczego programu emerytalnego z tytułu zwrotu środków zgromadzonych w ramach programu, w rozumieniu przepisów o pracowniczych programach emerytalnych pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa powyżej jest różnica między kwotą stanowiącą wartość środków zgromadzonych przez uczestnika pracowniczego programu emerytalnego a sumą wpłat na konto prowadzone w ramach pracowniczego programu emerytalnego.

Stosownie do art. 21 ust. 1 pkt 58 ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego wypłaty:

- a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych,
- b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
- c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związanej z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników - do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych

Przez pracownicze programy emerytalne rozumie się pracownicze programy emerytalne utworzone i działające w oparciu o przepisy dotyczące pracowniczych programów emerytalnych obowiązujące w państwach członkowskich Unii Europejskiej lub w innych państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego albo w Konfederacji Szwajcarskiej.

Na mocy art. 21 ust. 1 pkt 58a ustawy o PIT zwalnia się z podatku dochodowego dochody z tytułu oszczędzania na indywidualnym koncie emerytalnym, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych, uzyskane w związku z:

- a) gromadzeniem i wypłatą środków przez oszczędzającego,
 - b) wypłatą środków dokonaną na rzecz osób uprawnionych do tych środków po śmierci oszczędzającego,
 - c) wypłatą transferową
- z tym że zwolnienie nie ma zastosowania w przypadku, gdy oszczędzający gromadził oszczędności na więcej niż jednym indywidualnym koncie emerytalnym, chyba że przepisy te przewidują taką możliwość.

Stosownie do art. 52a ust. 1 pkt 3 ustawy o PIT zwalnia się od podatku dochodowego dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r.

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5a ustawy PIT opodatkowaniu 19% zryczałtowanym podatkiem dochodowym od osób fizycznych podlegają również dochody z tytułu umów ubezpieczenia, o których mowa w art. 24 ust. 15a i 15b. Na mocy art. 24 ust. 15a ustawy o PIT dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

- 1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo
- 2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik

- jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.

Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń (art. 24 ust. 15b).

Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

W myśl art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 z późn. zm.) suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku i darowizn określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2009 r. Nr 93, poz. 768 z późn. zm.).

Stosownie do art. 3 pkt 4 i 6 ustawy o podatku od spadków i darowizn, podatkwowi nie podlega:

- a) nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. – Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

Stosownie do § 1 i 2 rozporządzenia Ministrów Finansów i Sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 74, poz. 397 z późn. zm.)

oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu składki opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2010 r. Nr 11, poz. 66, Nr 81, poz. 530, Nr 126, poz. 853 i Nr 127, poz. 858) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

Na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy o PIT za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za niewykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu ustawy o PIT uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.