

Ubezpieczenia osobowe

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

Allianz – ubezpieczenia od A do Z.

Allianz 

Spis treści

1.	Postanowienia ogólne	1
2.	Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz Polska – świadczenia podstawowe	2
3.	Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz Polska – świadczenia dodatkowe	5
4.	Zawarcie umowy ubezpieczenia	6
5.	Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej	6
6.	Składka ubezpieczeniowa	7
7.	Nieopłacenie składki	7
8.	Rozliczanie składki	8
9.	Wyłączenia odpowiedzialności	8
10.	Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń	8
11.	Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej	10
12.	Postanowienia końcowe	10

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, zwanych dalej o.w.u., TU Allianz Polska S.A., zwane dalej Allianz Polska, zawiera umowy ubezpieczenia z osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi, które nie mają osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.

2.

Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Allianz Polska wszystkie znane sobie okoliczności, o które Allianz Polska pytał przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania. W przypadku podania niezgodnych z prawdą okoliczności lub ich zatajenia Allianz Polska wolny jest od odpowiedzialności, chyba że okoliczności te nie mają wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zaistnienia wypadku objętego umową.

3.

Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest przedmiotem świadczenia Allianz Polska ani nie wpływa na jego wysokość.

4.

Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu na podstawie zawartej umowy ubezpieczenia, wymienione w § 2 ust. 1 pkt 1) ppkt a) lub b), ust. 5 oraz § 3 ust. 1, 2, 3 niniejszych o.w.u., są wypłacane w odniesieniu do każdego zdarzenia zaistniałego w okresie ubezpieczenia.

5.

Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:

- 1) amatorskie uprawianie sportu – aktywność sportowa Ubezpieczonego, której celem jest odpoczynek i rozrywka;
- 2) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko Ubezpieczonemu, co zniewała go do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez Ubezpieczonego, przez co swoboda woli Ubezpieczonego – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;
- 3) akt terroru – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 4) aktywne uczestnictwo w działaniach wojennych lub aktach terroru – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi oraz aktami terroru w charakterze strony konfliktu lub działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas działań wojennych lub aktów terroru;
- 5) biernie uczestnictwo w działaniach wojennych lub aktach terroru – świadomy przyjazd Ubezpieczonego na tereny objęte działaniami wojennymi oraz aktami terroru w celu wykonywania obowiązków służbowych, z zastrzeżeniem pkt. 4) niniejszego ustępu;
- 6) Centrum Operacyjne – Elvia Assistance Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Allianz Polska udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Allianz Polska za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 7) choroba psychiczna – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 – F99);
- 8) dziecko – osoba, która w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyła 20. roku życia;
- 9) klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru – Allianz Polska ponosi odpowiedzialność za szkody poniesione na skutek działań

wojennych lub aktu terroru, do których doszło w czasie pobytu Ubezpieczonego na terytorium tego kraju, nie dłużej niż 7 dni, licząc od daty zajścia aktu terroru lub daty nagłego wybuchu wojny, i nie dłużej niż okres ubezpieczenia, z wyłączeniem następujących państw: Islamska Republika Afganistanu, Królestwo Arabii Saudyjskiej, Ludowa Republika Bangladeszu, Republika Burundi, Gruzja, Republika Iraku, Jordanijskie Królestwo Haszymidzkie, Republika Kolumbii, Republika Liberii, Islamska Republika Pakistanu, Republika Rwandy, Syryjska Republika Arabska. Klauzula nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru ma zastosowanie do następujących świadczeń: świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, podwójne świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, świadczenie na wypadek śmierci, przeszkolenie zawodowe inwalidów, koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zasiłek ambulatoryjny dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, zasiłek szpitalny, trwała niezdolność do pracy;

- 10) lekarz Centrum Operacyjnego – lekarz konsultant Centrum Operacyjnego;
- 11) lekarz prowadzący – lekarz sprawujący opiekę nad Ubezpieczonym po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku;
- 12) lekarz uprawniony – doradca medyczny wskazany przez Allianz Polska i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego, jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
- 13) nagłe zachorowanie – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 14) nieszczęśliwy wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci lub trwałego uszczerbku na zdrowiu osoby objętej ubezpieczeniem i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz Polska w odniesieniu do Ubezpieczonego;
- 15) OIOM – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający stałe monitorowanie czynności życiowych przebywających tam chorych;
- 16) operacja plastyczna – operacja mająca na celu usunięcie okaleczeń lub deformacji ciała Ubezpieczonego, powstałych wskutek nieszczęśliwego wypadku, zalecona przez lekarza jako niezbędna część procesu leczenia;
- 17) osoba wyznaczona do opieki nad dzieckiem (dziećmi) Ubezpieczonego – osoba wyznaczona pisemnie przez Ubezpieczonego do opieki nad jego dzieckiem (dziećmi) na czas hospitalizacji Ubezpieczonego, zamieszkała na terenie kraju zamieszkania Ubezpieczonego lub w kraju jego hospitalizacji;
- 18) pobyt w szpitalu – trwający nieprzerwanie, dłużej niż jeden dzień, będący następstwem nieszczęśliwego wypadku pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w trakcie którego Ubezpieczony poddał się leczeniu skutków nieszczęśliwego wypadku. W rozumieniu niniejszych o.w.u. dzień pobytu w szpitalu oznacza dzień kalendarzowy, w którym Ubezpieczony przebywał w szpitalu niezależnie od tego, ile czasu w danym dniu trwał jego pobyt, przy czym za pierwszy przyjmuje się dzień rejestracji, a za ostatni – dzień wypisu ze szpitala;
- 19) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 20) sporty powietrzne – za sporty powietrzne uważa się uprawianie szybownictwa, baloniarstwa, spadochroniarstwa, lotniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa oraz wszelkiego rodzaju ich odmian, a także uprawianie jakichkolwiek dyscyplin związanych z przemieszczaniem się w przestrzeni powietrznej;

- 21) sprzęt rehabilitacyjny – sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 22) suma ubezpieczenia – kwota wyrażona w złotych, określona w dokumencie ubezpieczenia, stanowiąca maksymalną wartość świadczenia wypłacanego w razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 2 ust. 2 i 3 pkt 3) niniejszych o.w.u.;
- 23) system świadczeń proporcjonalnych – stanowi zestawienie trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadających im przedziałów procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, według obowiązującej w Allianz Polska *Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku*, na podstawie której wypłacane jest świadczenie. Tabela stanowi odrębny dokument;
- 24) system świadczeń stałych – stanowi *Zestawienie trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadającego im procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu*, zamieszczone w § 2 ust. 1 pkt 1) ppkt b) niniejszych o.w.u., na podstawie którego wypłacane jest świadczenie;
- 25) szpital – zakład opieki zdrowotnej, w przypadku terytorium Rzeczypospolitej Polskiej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez kwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych o.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowskiego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska;
- 26) trwała niezdolność do pracy – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, w rezultacie których Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego;
- 27) trwały uszczerbek na zdrowiu – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powodują upośledzenie czynności organizmu nierokujące poprawy, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku. Wskazanie wysokości przyznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu w systemie świadczeń proporcjonalnych odbywa się na podstawie orzeczenia lekarskiego, zaś w systemie świadczeń stałych odpowiednio przez lekarzy uprawnionych na podstawie dokumentacji medycznej;
- 28) Ubezpieczający – osoba, z którą Allianz Polska zawiera umowę ubezpieczenia i która zobowiązuje się opłacić składkę ubezpieczeniową;
- 29) Ubezpieczony – osoba, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia;
- 30) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR). Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nieskutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar niepozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Wyłączone są również udary mózgu skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie 3 dni od ich wystąpienia;
- 31) Uposażony – osoba lub osoby wskazane pisemnie przez Ubezpieczonego, którym przysługuje świadczenie na wypadek śmierci Ubezpieczonego. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić Uposażonego. Zmiana obowiązuje od dnia otrzymania wniosku przez Allianz Polska. W sytuacji gdy suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego. Jeżeli Uposażony nie zostanie wskazany na piśmie, stosuje się przepisy § 10 ust. 3 pkt 3;
- 32) utrata narządu – fizyczna utrata narządu lub całkowita i trwała utrata funkcji narządu wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 33) wyczynowe lub zawodowe uprawianie sportu – regularne i intensywne treningi, przy jednoczesnym udziale w zawodach lub imprezach czy obozach kondycyjnych i szkoleniowych, również w ramach przynależności do klubów sportowych, związków i organizacji sportowych, niezależnie od faktu czerpania dochodu z uprawianej dyscypliny sportu;
- 34) wypadek przy pracy – zdarzenie odpowiadające przesłankom określonym w art. 3 ustawy z dnia 30 października 2002 r. o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych (DzU z 2002 r. nr 199, poz. 1673, z późn. zmianami), zaistniałe jedynie podczas wykonywania obowiązków wynikających z umowy o pracę, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Allianz Polska w odniesieniu do Ubezpieczonego; zdarzenie to musi spełniać definicję nieszczęśliwego wypadku określoną w pkt. 14) niniejszego ustępu;
- 35) zakres pełny – ochrona ubezpieczeniowa obejmująca świadczenia związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków, jakim może ulec Ubezpieczony przy wykonywaniu czynności zawodowych (szkolnych) i w życiu prywatnym – 24 godziny na dobę, na całym świecie;
- 36) zakres ograniczony – ochrona ubezpieczeniowa obejmująca świadczenia związane z następstwami nieszczęśliwych wypadków, jakim może ulec Ubezpieczony przy wykonywaniu czynności zawodowych (szkolnych), na całym świecie.
W ubezpieczeniu uczniów – w ramach ograniczonego zakresu – ferie i wakacje, w czasie których uczeń przebywa na zorganizowanych przez szkołę zajęciach, traktowane są również jako czas nauki;
- 37) zawał serca – świeża martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nieskutkujące pilną hospitalizacją, leczone i niepozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały oraz zawały skutkujące śmiercią Ubezpieczonego w terminie 3 dni od ich wystąpienia.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz Polska – świadczenia podstawowe

1.

Świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu

- 1) Jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku dojdzie do trwałego upośledzenia funkcji fizycznych (trwały uszczerbek na zdrowiu), Ubezpieczonemu przysługuje świadczenie na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu. Świadczenie wypłacane jest w ramach systemu świadczeń proporcjonalnych lub systemu świadczeń stałych wybranego przez Ubezpieczającego w momencie podpisywania umowy.
- a) System świadczeń proporcjonalnych – świadczenie zostanie wypłacone na podstawie obowiązującej w Allianz Polska *Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku* w takim procencie sumy ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.
- b) System świadczeń stałych – świadczenie zostanie wypłacone na podstawie poniżej umieszczonego *Zestawienia trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji nieszczęśliwego wypadku i odpowiadającego im procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu*, w odniesieniu do sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 niniejszego paragrafu.

I. Uszkodzenia neurologiczne po urazach głowy

A. Porażenie połowicze utracone	100%
B. Niedowład połowiczny	40%
C. Całkowita utrata mowy	60%

II. Uszkodzenia narządu wzroku, słuchu

A. Utrata wzroku w jednym oku	30%
B. Utrata wzroku w obu oczach	100%
C. Utrata słuchu w jednym uchu	15%
D. Obustronna utrata słuchu	60%

III. Uszkodzenia klatki piersiowej

A. Amputacja jednego płuca	30%
B. Amputacja całkowita piersi	15%

IV. Uszkodzenia jamy brzusznej i narządów moczowo-płciowych

A. Utrata fizyczna śledziony	20%
B. Utrata fizyczna jednej nerki	20%
C. Częściowa amputacja prawej	15%
D. Całkowita amputacja prawej	40%
E. Utrata fizyczna jednego jądra lub jajnika	20%
F. Utrata fizyczna obu jąder lub jajników	40%
G. Utrata fizyczna macicy i pochwy	30%

V. Uszkodzenia kręgosłupa

Uszkodzenia rdzenia

A. Całkowite porażenie czterech kończyn (utrata funkcji)	100%
B. Niedowład dużego stopnia czterech kończyn	80%
C. Całkowite porażenie obu kończyn dolnych	90%
D. Niedowład obu kończyn dolnych, z możliwością poruszania się o lasce	40%
E. Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny dolnej	40%
F. Całkowite porażenie obu kończyn górnych	100%
G. Niedowład obu kończyn górnych	60%
H. Całkowita pourazowa utrata funkcji kończyny górnej	50%
I. Zaburzenia funkcji zwieraczy bez niedowładów (zespół stożka końcowego)	20%

VI. Uszkodzenia kończyn górnych *

A. Amputacja kończyny w stawie ramiennie-łopatkowym	70%
B. Amputacja kończyny wraz z łopatką	75%
C. Amputacja kończyny na poziomie ramienia	65%
D. Amputacja obu kończyn górnych na poziomie ramienia	90%
E. Amputacja obu kończyn dolnych przez	60%
F. Amputacja kończyny w obrębie przedramienia	55%
G. Amputacja dłoni na poziomie nadgarstka	50%
H. Amputacja pięciu palców jednej ręki	50%
I. Amputacja kciuka	15%
J. Amputacja palca wskazującego	12%
K. Amputacja innego palca	7%

* UWAGA: Powyższa ocena dotyczy dominującej kończyny górnej – w przypadku uszkodzenia w drugiej kończynie uszczerbek ulega pomniejszeniu każdorazowo o 5%.

VII. Uszkodzenia kończyn dolnych

A. Amputacja kończyny dolnej przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	80%
B. Amputacja obu kończyn dolnych przez wyluszczenie w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy między- lub podkrętarzowej	90%
C. Amputacja kończyny na poziomie uda	70%
D. Amputacja kończyny na poziomie kolana	65%
E. Amputacja kończyny w obrębie podudzia	60%
F. Amputacja stopy w obrębie śródstopia	25%
G. Amputacja stopy w stawie Lisfranca	35%
H. Amputacja stopy w stawie Choparta	40%
I. Amputacja stopy w całości	50%
J. Amputacja obu stóp	70%
K. Amputacja całego palucha	12%

2) W przypadku systemu świadczeń proporcjonalnych wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Allianz Polska, z zastrzeżeniem że:

- a) procent trwałego uszczerbku na zdrowiu jest orzekany na podstawie Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w Allianz Polska w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Tabela jest dostępna w każdym czasie także przed zawarciem umowy ubezpieczenia, w siedzibie Allianz Polska, a na wniosek Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) jest mu bezzwłocznie przekazywana;
- b) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Allianz Polska nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- c) orzeczenie lekarza orzekającego Allianz Polska o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Allianz Polska, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.

3) W przypadku systemu świadczeń stałych ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonuje lekarz uprawniony lub lekarze wskazani przez Allianz Polska, z zastrzeżeniem że:

- a) procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest na podstawie Zestawienia trwałych uszkodzeń ciała w konsekwencji wypadku i odpowiadającego im procentowego trwałego uszczerbku na zdrowiu, przedstawionego w ust. 1 pkt 1) ppkt b) niniejszego paragrafu;
 - b) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po ustaleniu wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu nie stanowi podstawy do ponownego określania trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - c) ustalenie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Allianz Polska, w zakresie zgodności z procedurami.
- 4) Wysokość świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy między nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią.
- 5) Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
- 6) Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych, to stopnie trwałego uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 7) W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
- 8) W razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone, procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.

2.

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

3.

Świadczenie na wypadek śmierci

- 1) Świadczenie wypłacane jest w razie stwierdzenia bezpośredniego związku śmierci Ubezpieczonego z nieszczęśliwym wypadkiem, któremu uległ Ubezpieczony.
- 2) Świadczenie na wypadek śmierci przysługuje, jeżeli śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu jednego roku od daty zaistnienia wypadku.
- 3) Sumę ubezpieczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, o ile nie umówiono się inaczej. W przypadku ubezpieczenia dzieci suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi maksymalnie 20 000 złotych.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony zmarł wskutek nieszczęśliwego wypadku przed upływem jednego roku od daty wypadku, Allianz Polska wypłaca Uposażonemu jednorazowe świadczenie w wysokości pełnej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że wcześniej nie zostało wypłacone świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu. Jeżeli jednak świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostało już wypłacone, to świadczenie na wypadek śmierci zostaje pomniejszone o uprzednio wypłaconą kwotę.
- 5) Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów niezwiązanych z wypadkiem, a stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu nie został wcześniej określony, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określają zgodnie z wiedzą medyczną lekarze wskazani przez Allianz Polska, na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej.

4.

Przeszkolenie zawodowe inwalidów

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

5.

Świadczenia opiekuńcze na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

Niezależnie od doznanego trwałego uszczerbku na zdrowiu, Allianz Polska gwarantuje następujące świadczenia opiekuńcze:

- 1) wizyta lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową, Allianz Polska gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego. Allianz Polska pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 2) wizyta pielęgniarki – jeżeli Ubezpieczony uległ nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową, Allianz Polska gwarantuje zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrycie kosztów honorariów. Allianz Polska pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku;
- 3) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza – jeżeli Ubezpieczony uległ nagłemu zachorowaniu lub nieszczęśliwemu wypadkowi objętemu ochroną ubezpieczeniową i w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia, Allianz Polska pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 4) transport medyczny z miejsca zachorowania lub wypadku do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego – w razie wystąpienia nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz Polska pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 5) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz Polska pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 6) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej – jeżeli placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub gdy Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Allianz Polska pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 7) organizacja procesu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymaga rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej, Allianz Polska zapewnia:
 - zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizyoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego albo
 - zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 8) organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu, Allianz Polska zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Allianz Polska:
 - organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 9) pomoc domowa – jeżeli w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni, Allianz Polska zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Allianz Polska pokrywa koszty usługi do wysokości 300 złotych i maksymalnie przez 5 dni;
- 10) opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – jeżeli Ubezpieczony w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Allianz Polska zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
 - a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Allianz Polska do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
 - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy). Centrum Operacyjne świadczy powyższe usługi po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego informacji ze szpitala o przewidywanym czasie hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. Jeżeli Centrum Operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w ppkt. a) lub b), Allianz Polska:
 - c) organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi (osobami niesamodzielnymi) w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 złotych za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną. Powyższe świadczenia są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
- 11) opieka nad zwierzętami domowymi – po uzyskaniu przez lekarza Centrum Operacyjnego potwierdzenia ze szpitala co do przewidywanego, trwającego minimum 3 dni, czasu hospitalizacji Ubezpieczonego w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, Allianz Polska zapewnia:
 - a) zorganizowanie opieki nad zwierzętami domowymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego i pokrycie jej kosztów do wysokości 150 złotych i maksymalnie do 3 dni,
 - b) zorganizowanie przewozu zwierząt domowych do osoby wyznaczonej do opieki lub do odpowiedniej placówki i pokrycie kosztów przewozu do wysokości 200 złotych. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, Centrum Operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub odpowiednią placówkę. Powyższe świadczenia są realizowane w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę

- nad zwierzętami oraz pod warunkiem przedstawienia aktualnego zaświadczenia o szczepieniach profilaktycznych;
- 12) opieka psychologa – jeżeli na skutek nieszczęśliwego wypadku lub w trudnych sytuacjach losowych (zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka, zgon współmałżonka, choroba Ubezpieczonego) będzie wskazana, zdaniem lekarzy Allianz Polska, konsultacja z psychologiem, Allianz Polska zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Allianz Polska na prośbę Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego;
 - 13) zdrowotne usługi informacyjne – Allianz Polska gwarantuje Ubezpieczonemu:
 - a) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
 - b) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania leków w czasie ciąży itp.;
 - c) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
 - d) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - e) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
 - f) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
 - g) dostęp do infolinii medycznej – polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji co do dalszego postępowania;
 - 14) infolinia „Baby Assistance” – Allianz Polska gwarantuje Ubezpieczonemu następujący zakres informacji:
 - a) objawy ciąży;
 - b) badania prenatalne;
 - c) przygotowanie do porodu;
 - d) szkoły rodzenia;
 - e) pielęgnacja w czasie ciąży i po porodzie;
 - f) karmienie noworodka;
 - g) obowiązkowe szczepienia dzieci;
 - h) pielęgnacja noworodka.

6.

Zawał serca albo udar mózgu dla osób poniżej 30. roku życia

- 1) Jeżeli w momencie zaistnienia zdarzenia Ubezpieczony nie ukończył 30. roku życia, to przysługuje mu świadczenie z tytułu wystąpienia zawału serca albo udaru mózgu w zakresie świadczeń podstawowych na sumę ubezpieczenia 5000 złotych, bez konieczności opłacania składki dodatkowej. W razie opłacenia składki za świadczenie dodatkowe z tytułu zawału serca albo udaru mózgu, świadczenia wskazane w niniejszym ustępie oraz wymienione w § 3 ust. 4 zostają zsumowane.
- 2) Allianz Polska wypłaci Ubezpieczonemu sumę określoną w umowie ubezpieczenia z tytułu jednej z wymienionych chorób, spełniającej definicję niniejszych o.w.u., jeżeli u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi pierwszy w życiu zawał serca albo pierwszy w życiu udar mózgu, które wymagają hospitalizacji.
- 3) Zawał serca albo udar mózgu w świetle niniejszych o.w.u. nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek.

§ 3

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Allianz Polska – świadczenia dodatkowe

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

1.

Koszty leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

- 1) Allianz Polska refunduje koszty leczenia poniesione na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w związku z nieszczęśliwym wypadkiem objętym ochroną ubezpieczeniową, niezależnie od miejsca wystąpienia wypadku (cały świat), maksymalnie jednak do wysokości sumy ubezpieczenia określonej w umowie ubezpieczenia.
- 2) Refundacji podlegają koszty, które zostały poniesione w okresie 365 dni od daty wypadku.

- 3) Za koszty leczenia uznaje się:
 - a) honoraria lekarskie;
 - b) koszty leczenia ambulatoryjnego (szpitalnego);
 - c) koszty zabiegów rehabilitacyjnych w trybie ambulatoryjnym;
 - d) koszty leków i innych medykamentów;
 - e) koszty operacji plastycznych;
 - f) koszty transportu medycznego jakiego wymaga stan zdrowia Ubezpieczonego;
 - g) koszty zakupu protez i środków pomocniczych;
 - h) koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
 - i) koszty zakupu środków opatrunkowych;
 - j) koszty zakupu wózka inwalidzkiego;
 - k) koszty zdjęć rentgenowskich, USG i innych badań diagnostycznych niezbędnych w procesie leczenia powypadkowego.
- 4) Allianz Polska może odstąpić od refundacji tych kosztów leczenia, które zostały uznane za bezzasadne przez lekarza uprawnionego.
- 5) Koszty leczenia są pokrywane bez względu na wysokość orzeczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 6) Jeżeli Ubezpieczony uległ wypadkowi i był ubezpieczony w Allianz Polska na podstawie kilku umów ubezpieczenia obejmujących koszty leczenia, to świadczenie z tego tytułu nie może przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków poniesionych na ten cel.

2.

Zasiłek ambulatoryjny dla osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę

- 1) Jeżeli wypadek objęty umową ubezpieczenia doprowadził do utraty zdolności do pracy, trwającej minimum 35 dni, to od 36. dnia niezdolności do pracy jest wypłacany zasiłek ambulatoryjny, który przyznawany zostaje od pierwszego dnia zwolnienia lekarskiego, za wszystkie dni niezdolności do pracy związane z danym wypadkiem.
- 2) Zasiłek ambulatoryjny jest wypłacany za każdy dzień niezdolności do pracy, w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, na podstawie przedłożonej kopii druku zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA), potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez zakład pracy, a także po potwierdzeniu uznania jego zasadności przez lekarza wskazanego przez Allianz Polska.
- 3) Zasiłek ambulatoryjny jest wypłacany przez okres nie dłuższy niż 365 dni od daty zaistnienia wypadku.
- 4) Świadczenie zasiłku ambulatoryjnego nie przysługuje, jeżeli w chwili wypadku Ubezpieczony nie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, pomimo opłacenia dodatkowej składki. Zwrot składki z tytułu świadczenia zasiłku ambulatoryjnego za czas, w którym Ubezpieczony nie był zatrudniony na podstawie umowy o pracę, następuje na podstawie odpowiednich dokumentów zgodnie z § 6 ust. 13, 14, 15 niniejszych o.w.u.

3.

Zasiłek szpitalny

- 1) Jeżeli w wyniku wypadku objętego umową ubezpieczenia Ubezpieczony znalazł się w szpitalu w celu leczenia lub diagnostyki po urazie, a początek hospitalizacji nastąpił w okresie nie późniejszym niż druga doba od wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, Allianz Polska zobowiązane jest do wypłaty zasiłku szpitalnego za każdy dzień pobytu.
- 2) Allianz Polska dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego:
 - a) w związku z każdym wypadkiem niezwiązanym z pracą (nauką) – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 5 dni;
 - b) w związku z wypadkiem przy pracy (nauce) – w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 2 dni; świadczenie to przysługuje wyłącznie pracownikom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę lub innej umowy cywilnoprawnej oraz dzieciom z ważną legitymacją szkolną (studentką).
- 3) Jeżeli Ubezpieczony przebywał na OIOM przez co najmniej 2 dni, Allianz Polska dokonuje wypłaty świadczenia z tytułu zasiłku szpitalnego za każdy dzień pobytu w szpitalu na OIOM, w podwójnej wysokości zasiłku szpitalnego określonego w umowie ubezpieczenia, maksymalnie jednak do 5 dni pobytu na OIOM. Za każdy kolejny dzień pobytu w szpitalu Allianz Polska wypłaca zasiłek w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
- 4) Allianz Polska zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania przy ustalaniu wysokości świadczenia dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

- 5) Zasiłek szpitalny jest wypłacany za pierwszą nieprzerwaną hospitalizację, następującą bezpośrednio po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową, nie dłużej jednak niż przez 365 dni.

4.

Zawał serca albo udar mózgu

- 1) Allianz Polska wypłaci Ubezpieczonemu sumę określoną w umowie ubezpieczenia z tytułu jednej z wymienionych chorób spełniającej definicję niniejszych o.w.u. jeżeli u Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej wystąpi pierwszy w życiu zawał serca albo pierwszy w życiu udar mózgu, które wymagają hospitalizacji.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawału serca albo udaru mózgu dotyczy wyłącznie osób, które w dniu zawierania umowy ubezpieczenia nie ukończyły 60. roku życia i trwa do końca rocznego okresu ubezpieczenia, w którym Ubezpieczony ukończy 60. rok życia.
- 3) Zawał serca albo udar mózgu w świetle niniejszych o.w.u. nie są uznawane za nieszczęśliwy wypadek.

5.

Trwała niezdolność do pracy

- 1) W razie powstania trwałej niezdolności do pracy Ubezpieczonego na skutek nieszczęśliwego wypadku objętego umową ubezpieczenia, Allianz Polska zobowiązuje się do wypłaty świadczenia w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
- 2) Allianz Polska zobowiązuje się do wypłaty świadczenia, jeżeli niezdolność do pracy Ubezpieczonego trwała nieprzerwanie przez okres 6 miesięcy od chwili wypadku, a po zakończeniu tego okresu ma charakter trwały i nieodwracalny oraz jest zgodna z definicją trwałej niezdolności do pracy.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

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

2.

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

3.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta dla grupy liczącej co najmniej 5 osób.

4.

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

5.

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

6.

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

7.

Zawarcie umowy ubezpieczenia Allianz Polska potwierdza, wystawiając polisę.

8.

Ubezpieczenie w formie imiennej

- 1) W przypadku ubezpieczenia w formie imiennej Ubezpieczający ma obowiązek dołączyć do polisy listę osób oraz wymagane przez Allianz Polska dane osób objętych ubezpieczeniem.

- 2) W razie zmiany liczebności grupy po zawarciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany każdorazowo przysyłać, najpóźniej ostatniego dnia miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, w którym zmieniła się liczba Ubezpieczonych, następujące dokumenty:

- a) wykaz osób przystępujących do ubezpieczenia w kolejnym miesiącu ochrony ubezpieczeniowej;
- b) wykaz osób występujących z ubezpieczenia, w stosunku do których w kolejnym miesiącu wygasa odpowiedzialność Allianz Polska.

- 3) W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej do ubezpieczenia mogą przystępować osoby nowo zatrudniane, pod warunkiem że charakter wykonywanej przez nie pracy jest taki sam jak w przypadku osób już ubezpieczonych. Osoby o innym charakterze zatrudnienia mogą zostać objęte ochroną ubezpieczeniową dopiero po pisemnym uzgodnieniu z Allianz Polska zakresu, sum ubezpieczenia i składek.

9.

Ubezpieczenie w formie bezimiennej

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

§ 5

Początek i koniec ochrony ubezpieczeniowej

1.

O ile strony nie postanowiły inaczej, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki, a kończy się z upływem okresu, na jaki ją zawarto, z zastrzeżeniem § 7 ust. 1.

2.

Ochrona ubezpieczeniowa dla osób przystępujących w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej w formie imiennej rozpoczyna się od pierwszego dnia kolejnego miesiąca trwania ochrony ubezpieczeniowej, po przesłaniu dokumentów, o których mowa w § 4 ust. 8. pkt 2).

3.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- 2) w ostatnim dniu miesiąca, za który została opłacona składka lub jej rata w określonym w umowie terminie, z zastrzeżeniem przepisów określonych w § 6 niniejszych o.w.u.;
- 3) w ostatnim dniu miesiąca, w którym zlikwidowano zakład pracy, szkołę, stowarzyszenie, organizację itp.;
- 4) w ostatnim dniu miesiąca, w którym Ubezpieczony podejmuje inny rodzaj pracy, nieobjęty umową ubezpieczenia;
- 5) w ostatnim dniu miesiąca, w którym wygaśnie stosunek pracy;
- 6) w ostatnim dniu miesiąca, w którym zakończy się członkostwo Ubezpieczonego w stowarzyszeniu lub organizacji itp.;
- 7) z dniem, w którym wygasa ważność legitymacji szkolnej (studenckiej).

4.

Jeżeli umowa została zawarta na okres krótszy niż 6 miesięcy, to Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia. Jeżeli umowa została zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, to Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy

ubezpieczenia w terminie 30 dni, a gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy.

5.

Każda ze stron ma prawo w ciągu 30 dni od daty wypłaty świadczenia lub daty doręczenia odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zaistnienia wypadku objętego ubezpieczeniem wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia. W razie wypłaty świadczenia nie następuje zwrot niewykorzystanej składki.

§ 6

Składka ubezpieczeniowa

1.

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

2.

Częstotliwość opłacania składki może być miesięczna, kwartalna, półroczna lub roczna.

3.

Składkę ubezpieczeniową oblicza się na podstawie taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składkę lub kolejne raty składki w terminie płatności określonym w umowie ubezpieczenia.

5.

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

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

6.

W razie ujawnienia okoliczności, które pociągają za sobą zwiększenie prawdopodobieństwa zaistnienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczenia, Allianz Polska może odpowiednio zwiększyć składkę.

7.

Allianz Polska powinien być niezwłocznie pisemnie informowany przez Ubezpieczającego o wszelkich zmianach dotyczących charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, jakie mogą mieć miejsce w czasie trwania umowy ubezpieczenia i miałyby wpływ na wysokość składki ubezpieczeniowej, lub które skutkowałyby ograniczeniem albo wyłączeniem z ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli w związku ze zmianą charakteru wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy przysługiwałaby wyższa składka, to Ubezpieczający zobowiązany jest uiszczyć należną różnicę składki w terminie 14 dni od wezwania do zapłaty przez Allianz Polska. Jeżeli po upływie tego terminu nie uiszczono należnej różnicy składki, to sumy ubezpieczenia ulegną zmniejszeniu proporcjonalnie do składki dotychczasowej.

8.

W razie przedterminowego zakończenia umowy Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacenia składki za okres, w którym Allianz Polska udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

9.

Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Allianz Polska udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W razie wpłaty składki przez Ubezpieczającego przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia, zgodnie z ust. 13, 14, 15 niniejszego paragrafu.

10.

W razie odstąpienia od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w pełnej wysokości, bez pobrania kosztów administracyjnych.

11.

W razie wystąpienia o zwrot składki Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć w Allianz Polska oświadczenie, czy w okresie ubezpieczenia miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

12.

Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym Allianz Polska wypłacił świadczenie lub zobowiązany jest do jego wypłaty.

13.

Wysokość składki podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do niewykorzystanego miesięcznego okresu ubezpieczenia. Zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia następuje na wezwanie Ubezpieczającego w terminie 14 dni od otrzymania przez Allianz Polska wezwania. Zwrot składki przysługuje za każdy pełny miesiąc niewykorzystanego ubezpieczenia.

14.

Podstawę zwrotu składki stanowi oryginał umowy ubezpieczenia.

15.

Przy dokonywaniu zwrotu składki Allianz Polska potrąca 10% kwoty podlegającej zwrotowi z tytułu kosztów administracyjnych, z wyjątkiem ust. 10 niniejszego paragrafu, oraz jeżeli zwrot składki zostaje zaliczony, zgodnie z pisemną prośbą Ubezpieczającego, na poczet innego ubezpieczenia w Allianz Polska, a także w razie zawarcia umowy z osobą, która zgodnie z niniejszymi warunkami została zdefiniowana jako osoba chora psychicznie, jak również wtedy gdy odstąpienie od umowy nastąpiło zgodnie z § 5 ust. 4 niniejszych o.w.u.

16.

Allianz Polska nie potrąca kosztów administracyjnych w razie zwrotu składki wynikającej z rozliczenia umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 8 ust. 2 niniejszych o.w.u.

§ 7

Nieopłacenie składki

1.

Jeżeli składka należna w danym okresie nie została opłacona w ciągu 10 dni od początku pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), to Allianz Polska zawiesi odpowiedzialność od pierwszego dnia tego okresu; odpowiedzialność Allianz Polska ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Allianz Polska postanowi inaczej.

2.

Składkę uważa się za nieopłaconą, jeżeli wysokość składki lub jej raty przekazanej na rachunek Allianz Polska jest niższa niż określona w umowie ubezpieczenia. Wyjątkiem jest przypadek bieżącego rozliczenia składki, zgodnie z § 8 ust. 1 niniejszych o.w.u.

3.

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

4.

W razie niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 3 w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Allianz Polska wygasa i umowa ulega rozwiązaniu z datą zawieszenia odpowiedzialności Allianz Polska, o której mowa w ust. 1.

5.

Jeśli w okresie zawieszenia odpowiedzialności Allianz Polska nastąpiły zdarzenia objęte ochroną ubezpieczeniową, Allianz Polska wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 4, dokona wpłaty składek za okres od dnia

zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia. W razie gdy Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 4, Allianz Polska jest zwolniona z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie zawieszenia odpowiedzialności.

6.

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

7.

Ust. 1, 3, 4, 5, 6 niniejszego paragrafu nie mają zastosowania, gdy Ubezpieczający jest osobą fizyczną nieprowadzącą działalności gospodarczej oraz w przypadku ubezpieczenia zawartego na okres krótszy niż jeden rok.

§ 8

Rozliczanie składki

1.

Bieżące rozliczanie składki

- 1) Jedynie polisy opłacane kwartalnie i miesięcznie mogą być rozliczane na bieżąco.
- 2) Rozliczanie odbywa się miesięcznie lub kwartalnie, zgodnie z faktyczną liczbą ubezpieczonych osób w danym miesiącu lub kwartale, na podstawie pisemnie zgłoszonego przez Ubezpieczającego wykazu osób przystępujących i/lub występujących z umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 4 ust. 8 pkt 2) oraz ust. 9 pkt 4) niniejszych o.w.u.

2.

Rozliczanie na koniec okresu ubezpieczenia

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

§ 9

Wyłączenia odpowiedzialności

1.

Zakres ubezpieczenia wszystkich świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych nie obejmuje:

- 1) wypadków spowodowanych umyślnie przez Ubezpieczonego, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa, skutków samobójstwa, niezależnie od stanu poczytalności;
- 2) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach;
- 3) wypadków będących następstwem wszelkich stanów chorobowych, w tym następstw chorób psychicznych;
- 4) świadczenia z tytułu zawału serca albo udaru mózgu, o ile nie wykupiono świadczenia dodatkowego: zawału serca albo udaru mózgu, z zastrzeżeniem § 2 ust. 6 niniejszych o.w.u.;
- 5) wypadków będących bezpośrednio wynikiem pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- 6) skutków wypadków powstałych, gdy Ubezpieczony prowadził pojazd bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazd niedopuszczony do ruchu;
- 7) poddania się leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
- 8) wszelkich wydarzeń powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terroru, z zastrzeżeniem klauzuli nieoczekiwanej wojny lub aktu terroru;
- 9) aktywnego uczestnictwa we wszelkich wydarzeniach powstałych na

terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terroru;

- 10) biernego uczestnictwa we wszelkich wydarzeniach powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym i międzynarodowym oraz aktami terroru, o ile nie zapłacono dodatkowej składki;
- 11) skutków zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 12) skutków wypadków bezpośrednio lub pośrednio spowodowanych energią jądrową, promieniowaniem radioaktywnym i polem magnetycznym w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 13) skutków wypadku lotniczego; nie dotyczy to sytuacji, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 14) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 15) skutków wypadków powstałych podczas wykonywania zadań kaskaderskich;
- 16) skutków wypadków powstałych podczas wyczynowego i zawodowego uprawiania wszelkich dyscyplin sportowych, o ile nie umówiono się inaczej;
- 17) uprawiania następujących sportów: motorowych lub motorowodnych, powietrznych, speleologii, wspinaczki górskiej i skałkowej, raftingu i wszystkich jego odmian, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, heliskiingu, skoków na gumowej linie, a także uczestniczenia w wyprawach survivalowych lub wyprawach do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi czy przyrodniczymi typu pustynia, wysokie góry (powyżej 5500 m n.p.m.), busz, bieguny, dżungla i tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu zabezpieczającego lub asekuracyjnego;
- 18) konsekwencji wypadków w postaci: chorób psychicznych, encefalopatii pourazowych, nerwic.

2.

Zakres ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od postanowień § 9 pkt 1), dodatkowo nie obejmuje:

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

3.

Zakres ubezpieczenia kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, niezależnie od postanowień § 9 pkt 1), dodatkowo nie obejmuje:

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

§ 10

Postępowanie powypadkowe oraz wypłata świadczeń

1.

Postanowienia dotyczące świadczeń podstawowych oraz świadczeń dodatkowych

- 1) Wypłata świadczenia z tytułu: przeszkolenia zawodowego inwalidów, kosztów leczenia, zasiłku szpitalnego, zasiłku ambulatoryjnego, trwałej niezdolności do pracy, o ile są one objęte ochroną ubezpieczeniową, następuje tylko w razie uznania przez Allianz Polska zasadności roszczenia z tytułu następstw nieszczęśliwego wypadku.
- 2) Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków wypadku przez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

- 3) W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzeczkącego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zaleconego leczenia.
- 4) Naruszenie obowiązków określonych w ust. 2 i 3 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
- 5) W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo – na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu, pomimo trzykrotnego pisemnego powiadomienia na ostatni podany przez Ubezpieczającego (Ubezpieczonego) adres, Allianz Polska zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
- 6) Dla zdarzeń wypadkowych zaistniałych poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, w innych przypadkach językiem obowiązującym jest język polski.
- 7) Allianz Polska zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazd transportem publicznym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Allianz Polska miejsc orzekania lekarzy Allianz Polska, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. bilet komunikacji miejskiej, bilet PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Allianz Polska zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.
- 8) Zasadność przyznania świadczeń potwierdzają lekarz lub lekarze wskazani przez Allianz Polska.
- 9) Świadczenia wynikające z umowy ubezpieczenia są wypłacane w złotych polskich.
- 10) Allianz Polska wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu wypadku.
- 11) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz Polska wypłaca w terminie przewidzianym w pkt. 10).
- 12) Allianz Polska określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
- 13) Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.
- 14) Ubezpieczony, przystępując do ubezpieczenia, zwalnia lekarzy prowadzących z obowiązku zachowania tajemnicy lekarskiej wobec Allianz Polska i wyraża zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej lekarzom uprawnionym oraz lekarzom Centrum Operacyjnego.

2.

Postanowienia dotyczące trwałego uszczerbku na zdrowiu

- 1) Ubezpieczony jest zobowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty, zawierające przede wszystkim:
 - a) opis wypadku;
 - b) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - c) przewidywany termin zakończenia leczenia z uwzględnieniem okresu rehabilitacji;
 - d) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);
 - e) protokół BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - f) notatkę policyjną z miejsca zdarzenia – przy wypadkach komunikacyjnych.
- 2) Allianz Polska zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
- 3) Ustalenie stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu w ostatecznej wysokości następuje niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

3.

Postanowienia dotyczące śmierci Ubezpieczonego

- 1) Podstawą do wypłaty przez Allianz Polska świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) opis wypadku;
 - b) akt zgonu (odpis lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez przedstawiciela Allianz Polska lub notariusza);
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - d) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego;
 - e) protokół BHP – jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy;
 - f) notatka policyjna z miejsca zdarzenia – przy wypadkach komunikacyjnych;
 - g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Allianz Polska z tytułu umowy ubezpieczenia wskazane przez Allianz Polska, a w szczególności dokumentacja medyczna w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 2) Prawo do odebrania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego przysługuje osobie Uposażonej.
- 3) W przypadku niewyznaczenia osoby Uposażonej albo gdy Uposażony nie żył w dniu śmierci Ubezpieczonego, albo gdy Uposażony utracił prawo do świadczenia – świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi;
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli nie ma współmałżonka;
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli nie ma dzieci Ubezpieczonego;
 - d) dalszym spadkobiercom ustawowym, jeśli nie ma wyżej wymienionych osób.
- 4) Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała śmierć Ubezpieczonego.

4.

Postanowienia dotyczące świadczeń opiekuńczych

- 1) Po zaistnieniu wypadku objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się z Centrum Operacyjnym i przekazać operatorowi Centrum Operacyjnego następujące informacje:
 - a) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - b) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - c) numer polisy;
 - d) okres ubezpieczenia;
 - e) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - f) numer telefonu kontaktowego Ubezpieczonego;
 - g) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum Operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- 2) Ubezpieczony – na wniosek Centrum Operacyjnego – zobowiązany jest umożliwić lekarzom Centrum Operacyjnego dostęp do wszystkich informacji medycznych, dołączyć wszelkie zaświadczenia, skierowania, zwolnienia lekarskie, dokumenty medyczne z diagnozą choroby, recepty, a także – w razie występowania o refundację uprzednio zaakceptowaną przez Centrum Operacyjne – oryginały rachunków i dowodów ich zapłaty.

5.

Postanowienia dotyczące przeszkolenia zawodowego inwalidów

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

6.

Postanowienia dotyczące kosztów leczenia poniesionych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz Polska przede wszystkim oryginały rachunków i dowody ich zapłaty w celu refundacji poniesionych kosztów leczenia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

7.

Postanowienia dotyczące zasiłku ambulatoryjnego

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz Polska przede wszystkim kopię druku zwolnienia lekarskiego (druk ZUS ZLA), potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez zakład pracy oraz kompletną dokumentację medyczną ze wskazaniem diagnozy lekarskiej lekarza prowadzącego. Rozpoznanie medyczne schorzenia będącego wskazaniem do zwolnienia lekarskiego musi mieć bezpośredni związek z nieszczęśliwym wypadkiem.

8.

Postanowienia dotyczące zasiłku szpitalnego

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz Polska przede wszystkim kartę wypisu ze szpitala.

9.

Postanowienia dotyczące zawału serca albo udaru mózgu

- 1) Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz Polska przede wszystkim:
 - a) przy zawałe serca – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania EKG, wyniki badania poziomu markerów enzymatycznych surowicy krwi;
 - b) przy udarze mózgu – kartę wypisu ze szpitala z jednoznacznym rozpoznaniem choroby, wyniki badania przy pomocy tomografii komputerowej mózgu lub rezonansu magnetycznego (NRM).
- 2) Ubezpieczony zobowiązany jest przekazać Allianz Polska również dane placówki medycznej oraz lekarza, pod opieką którego pozostawał przed wystąpieniem zawału serca albo udaru mózgu.

10.

Postanowienia dotyczące trwałej niezdolności do pracy

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony zobowiązany jest przedłożyć Allianz Polska w szczególności orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia, niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz całkowitej niezdolności do samodzielnej egzystencji, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS.

§ 11

Ubezpieczenie na rzecz osoby trzeciej

1.

Dopuszcza się możliwość zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Osoba trzecia może nie być w umowie wymieniona jedynie w przypadku ubezpieczenia grupowego bezimiennego. Wówczas Ubezpieczający może w czasie trwania umowy wskazywać osoby, na rzecz których została zawarta umowa.

2.

Obowiązki wynikające z umowy na rzecz osoby trzeciej obciążają Ubezpieczającego. Allianz Polska może podnieść przeciwko osobie trzeciej (Ubezpieczonemu) zarzuty, które mają wpływ na odpowiedzialność Allianz Polska z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, świadczenia należne z tytułu umowy ubezpieczenia wypłacone przez Allianz Polska przysługują osobie trzeciej (Ubezpieczonemu), z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 2 niniejszych o.w.u.

§ 12

Postanowienia końcowe

1.

Wszelkie roszczenia Allianz Polska lub Ubezpieczonego (Ubezpieczającego) wynikające z niniejszej umowy ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

2.

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

3.

Wszelkie zmiany umowy, zawiadomienia i wyjaśnienia wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4.

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

5.

W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych o.w.u. stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawa.

6.

Obowiązującym językiem korespondencji i kontaktów z Allianz Polska jest język polski. Dopuszcza się przedłożenie dokumentacji medycznej w języku angielskim. W razie konieczności dostarczenia dokumentów tłumaczonych z języka obcego na język polski dokument ten powinien być przetłumaczony przez tłumacza przysięgłego na język polski.

7.

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

8.

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

9.

Niniejsze o.w.u. zostały przyjęte na mocy uchwały Zarządu TU Allianz Polska S.A. nr 55/2006 z dnia 13 lipca 2006 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 sierpnia 2006 roku.

Warszawa, dnia 13 lipca 2006 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Jerzy Nowak
Wiceprezes Zarządu

Infolinia: 0 801 10 20 30
www.allianz.pl

TU Allianz Polska S.A.

