

Ogólne warunki indywidualnego
ubezpieczenia na życie

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie

Kod produktu: TER

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (kod produktu: TER)

§ 1	Postanowienia ogólne	1
§ 2	Definicje	1
§ 3	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	2
§ 4	Ochrona tymczasowa	2
§ 5	Zawarcie umowy ubezpieczenia	2
§ 6	Składki	3
§ 7	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	3
§ 8	Wznowienie umowy ubezpieczenia	4
§ 9	Wypłata świadczeń	4
§ 10	Obowiązki informacyjne Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	5
§ 11	Obowiązki informacyjne Allianz	5
§ 12	Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek	5
§ 13	Postępowanie w przypadku składania reklamacji	5
§ 14	Postanowienia końcowe	5
Załącznik – Tabela opłat i limitów		7

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

§ 1	Postanowienia ogólne	9
§ 2	Definicje	9
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	9
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	9
§ 5	Składki	10
§ 6	Wypłata świadczenia	10
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	10
§ 8	Postępowanie w przypadku składania reklamacji	10
§ 9	Postanowienia końcowe	11

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

§ 1	Postanowienia ogólne	13
§ 2	Definicje	13
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	13
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	14
§ 5	Składki	15
§ 6	Wypłata świadczenia	15
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	15
§ 8	Postępowanie w przypadku składania reklamacji	16
§ 9	Postanowienia końcowe	16

Warunki umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa (kod produktu: DIN)

§ 1	Postanowienia ogólne	17
§ 2	Definicje	17
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	17
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	17
§ 5	Składki	18
§ 6	Wypłata świadczenia	18
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	18
§ 8	Postępowanie w przypadku składania reklamacji	18
§ 9	Postanowienia końcowe	19

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób (kod produktu: DIW)

§ 1	Postanowienia ogólne	21
§ 2	Definicje	21
§ 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	21
§ 4	Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej	22
§ 5	Składki	22
§ 6	Wypłata świadczenia	23
§ 7	Wznowienie umowy dodatkowej	23
§ 8	Postępowanie w przypadku składania reklamacji	23
§ 9	Postanowienia końcowe	24

**Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie
(kod produktu: TER)**

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 pkt 1) – § 4 pkt 2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 11) i 16) – § 9 ust. 1 pkt 1) oraz ust. 2 pkt 1) i 2)
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	• w zakresie Umowy ubezpieczenia: – § 3 ust. 2 pkt 2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 3), 4) i 5) – § 10 ust. 2 • w zakresie Ochrony tymczasowej: – § 4 pkt 2) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 11) i 16) – § 4 pkt 5) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 3), 4), 5) i 7)
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Jedynym obciążeniem jest składka, której częścią jest opłata polisowa, o której mowa w § 2 pkt 13), w wysokości wskazanej w pkt 1 Tabeli opłat zawartej w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do niniejszych o.w.u. oraz w polisie; w pierwszą roczną lub w jednorazową opłatę polisową wliczona jest opłata za ochronę tymczasową wskazana w pkt 1 Tabeli opłat zawartej w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych o.w.u.
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

Ogólne warunki indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (kod produktu: TER)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.) stosuje się w umowach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie 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) **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.
- 4) **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 działalności Ubezpieczonego polegająca na dostarczeniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 5) **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.
- 6) **Dyrekcja Generalna Allianz (Centrala)** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie.
- 7) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi powyżej 0,2% alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
- 8) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu docelowej umowy ubezpieczenia.
- 9) **Lekarz uprawniony** – lekarz wyznaczony przez Allianz do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania ekspertyz lekarskich.
- 10) **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.
- 11) **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 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.
- 12) **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.
- 13) **Oplata polisowa** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów oraz w polisie, która jest składnikiem składki regularnej i jednorazowej. Jest ona przeliczana odpowiednio do wybranej przez Ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek. Opłata polisowa przeznaczana jest na pokrycie bieżących kosztów Allianz związanych z obsługą umowy.
- 14) **Oplata wznowieniowa** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 8 ust. 3
- 15) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta.
- 16) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń,
 - b) czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - c) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - d) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - e) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych,
 jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są przyczyną zewnętrzną według o.w.u.
- 17) **Rezerwa matematyczna** – kwota pieniężna gromadzona przez Allianz w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek regularnych na pokrycie przyszłych zobowiązań płynących z umowy ubezpieczenia.
- 18) **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.
- 19) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej rocznicy polisy.
- 20) **Składka jednorazowa podstawowa** – składka z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana jednorazowo przy jej zawarciu, której wysokość została określona w polisie.
- 21) **Składka regularna podstawowa** – składka z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana cyklicznie, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.
- 22) **Składki regularne dodatkowe** – dodatkowe składki z tytułu umów dodatkowych, których wysokość i termin płatności zostały określone w polisie.
- 23) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Suma ubezpieczenia zostaje określona w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i nie może ulec zmianie w trakcie jej trwania.
- 24) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca ich integralną część, wskazująca wartości, o których w nich mowa.
- 25) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która na rachunek Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek.
- 26) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową.

- 27) **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.
- 28) **Umowy dodatkowe** – umowy uzupełniające umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.
- 29) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 30) **Uposażony Zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego wszyscy Uposażeni nie żyją albo nie istnieją, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu lub utracili prawo do świadczenia.
- 31) **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 zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z innymi wymaganymi dokumentami.
- 32) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, polegające na śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Allianz z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie osobie uprawnionej sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt. 2.
- 2) 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 Uposażonemu świadczenie w wysokości rezerwy matematycznej według stanu na dzień śmierci Ubezpieczonego.

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

Ochrona tymczasowa

- 1) Allianz udziela Ubezpieczonemu 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 określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci, jednak nie wyższej niż maksymalna suma ubezpieczenia z tytułu ochrony tymczasowej określona w dokumencie potwierdzającym ochronę tymczasową, 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.
- 3) Ochrona tymczasowa wygasa przed dniem wystawienia polisy w następujących sytuacjach:
- z upływem wskazanego przez Allianz w wezwaniu terminu w przypadku niedostarczenia na żądanie Allianz dokumentów niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - z dniem otrzymania przez Allianz oświadczenia Ubezpieczającego o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - z dniem podjęcia przez Allianz decyzji o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego,
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego.
- 4) W przypadku zaistnienia którejkolwiek z okoliczności wymienionych w pkt. 3 Allianz zwróci Ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet

- pierwszej składki, pomniejszoną o koszty ochrony tymczasowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.
- 5) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 2 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
- działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych lub stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
 - wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 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,
 - urawiania 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,
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
 - działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - chorób somatycznych, w tym zawału serca lub udaru mózgu, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek,
 - chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
 - 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.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na czas określony, nie krótszy niż 1 rok i nie przekraczający dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 81 lat. Czas trwania umowy zostaje określony w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i nie może ulec zmianie w trakcie jej trwania, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 7 pkt 4), § 7 ust. 1, § 7 ust. 3 oraz § 7 ust. 5.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

3.

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 Allianz, wypełnionym i podpisanym przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym). Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy.

4.
Allianz może zaakceptować ryzyko, jeśli są spełnione wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia oraz podanie przez Ubezpieczonego znanych sobie okoliczności, o które Allianz zapytuje przed zawarciem umowy ubezpieczenia,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym wskazanym przez Allianz, jeżeli są one wymagane, z wyłączeniem badań genetycznych – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt,
- c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy.

5.
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.

6.
Badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt.

7.
Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień ust. 11 pkt. 2.

- 8.
- 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 składki jednorazowej lub pierwszej składki regularnej.
 - 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.

9.
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 od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia Allianz udziela Ubezpieczonemu ochrony tymczasowej, zgodnie z § 4.

10.
Allianz poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę, potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia.

- 11.
- 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.

12.
W przypadku wniesienia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 11, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie do 14 dni roboczych od daty złożenia pisemnego sprzeciwu w Allianz.

13.
W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 11, Allianz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę w terminie do 14 dni roboczych od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia umowy.

14.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli składka jednorazowa lub pierwsza składka regularna została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 6 Składki

1.
Składka może być opłacana regularnie lub jednorazowo.

2.
Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.

3.
Wysokość składki ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, częstotliwości oraz trybu opłacania składek i poziomu ochrony ubezpieczeniowej według taryf obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia. Składka może być podwyższona przez Allianz w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, z uwagi na następujące czynniki:

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

4.
Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki regularnej może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

5.
Na całkowitą składkę regularną składają się: składka regularna podstawowa, składki regularne dodatkowe oraz opłata polisowa.

6.
Na całkowitą składkę jednorazową składają się: składka jednorazowa podstawowa oraz opłata polisowa.

- 7.
- 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.
 - 3) Wraz z upływem okresu prolongaty ochrona ubezpieczeniowa wygasa. W okresie do 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki regularnej, Ubezpieczający ma możliwość wznowienia ochrony przez zapłatę zaległych składek, postanowienia § 8 ust. 4 stosuje się odpowiednio.
 - 4) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie 90 dni od daty wymagalności tej składki, pomimo skierowania przez Allianz wezwania do jej zapłaty, i ochrona nie zostanie wznowiona na zasadach określonych w § 8 ust. 4, Allianz uznaje, że umowa została wypowiedziana przez Ubezpieczającego i rozwiązuje się ostatniego dnia wskazanego powyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty.

8.
Allianz nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do opłacania składek za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w ust. 7 pkt 2.

9.
Datą opłacenia składki jest dzień wpływu składki na wskazany przez Allianz rachunek bankowy.

10.
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.

§ 7 Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.
Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy.

Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Allianz w terminie 14 dni dokona zwrotu składki za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia oświadczenia o odstąpieniu do Allianz lub przedstawiciela Allianz.

3.

Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.

4.

W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki regularnej podstawowej lub składki jednorazowej podstawowej i składki regularnej dodatkowej za każdy dzień niewykorzystanego okresu ubezpieczenia w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

5.

Umowa ubezpieczenia, poza sytuacjami określonymi w ust. 1 oraz ust. 3, ulega rozwiązaniu również w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wskutek nieopłacenia składki w terminie 90 dni od daty jej wymagalności mimo uprzedniego wezwania przez Allianz do zapłaty składki. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem wskazanego wyżej 90-dniowego terminu, przy czym ochrona wygasa z ostatnim dniem okresu prolongaty,
- b) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- c) z upływem okresu na jaki została zawarta.

§ 8

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

Jeżeli umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona, na zasadach określonych w ust. 2-3 poniżej, o ile od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie minęło więcej niż 2 lata oraz z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione łącznicie poniższe warunki:

- a) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Allianz dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- b) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek (pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej, której Allianz nie udzielał od końca okresu prolongaty) oraz opłatę wznowieniową.

3.

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

4.

Allianz może wznowić ochronę 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, powodujące zachowanie jej ciągłości, następuje w dniu wpłynięcia na konto Allianz wszystkich zaległych składek.

§ 9

Wyplata świadczeń

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego

zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

2.

- 1) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 2) 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 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) 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.

Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

4.

- 1) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 2) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

5.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Allianz.
- 3) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego.
- 4) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

6.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w polisie.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.

- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
- a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 10

Obowiązki informacyjne Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.
Ubezpieczający i Ubezpieczony 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 Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych było zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 11

Obowiązki informacyjne Allianz

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy, Allianz przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

2.

Allianz na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia. W przypadku gdy z umowy ubezpieczenia przysługuje świadczenie ustalane na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, Allianz informuje Ubezpieczającego o zmianie w zakresie sumy ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Allianz może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

3.

Allianz przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy.

§ 12

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

1.

Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 11 ust. 1–2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 11 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Allianz Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 11 ust. 2.
- 2) Allianz, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 11 w ust. 1–2. Ubezpieczony może żądać by Allianz udzielił mu

informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 13

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

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

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

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

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

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 14

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Allianz są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu oraz danych osobowych, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian.

3.

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 i reasekuracyjnej oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.

4.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

5.

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

6.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 251/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz

Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła

Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński

Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek

Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan

Wiceprezes Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie

Tabela opłat i limitów

Tabela opłat

	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość opłaty
1	Opłata polisowa (w pierwszą roczną wliczona jest opłata za ochronę tymczasową) <ul style="list-style-type: none">• roczna (dla umów opłacanych regularnie)• jednorazowa (dla umów opłacanych jednorazowo)	za każdy dzień udzielania ochrony tymczasowej 1‰ w skali roku sumy ubezpieczenia wskazanej we wniosku, jednak nie wyższej niż 50 000 zł <ul style="list-style-type: none">• 30 zł rocznie• 50 zł
2	Opłata wznowieniowa	40 zł

Tabela limitów

	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość limitu
1	Minimalna wysokość składki regularnej wraz z opłatą polisową Roczna Półroczna Kwartalna Miesięczna Minimalna wysokość składki jednorazowej wraz z opłatą polisową	50 zł
2	Minimalna suma ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia <ul style="list-style-type: none">• w przypadku braku umów dodatkowych• w przypadku zawarcia umów dodatkowych	1 000 zł 5 000 zł
3	Minimalna składka dodatkowa z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania	36 zł rocznie
4	Minimalna suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania	20 000 zł

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

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

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

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (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.

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** – określona w polisie lub w aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Allianz dla umów dodatkowych.
- 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.

2.

Od odpowiedzialności Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na powiększeniu świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej określoną w polisie lub aneksie do polisy, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:

- 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, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy 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, 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 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.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie w przypadku umowy ubezpieczenia ze składką płatną regularnie.

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 – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt,
- c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

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

- a) do dnia rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat lub
- b) do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia 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 daty wskazanej w polisie lub w aneksie do polisy, w przypadku jej zawarcia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

7.

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

8.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 oraz ust. 6, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności Składki.
- 2) W razie wypowiedzenia umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

9.

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa po upływie okresu ochrony ubezpieczeniowej wskazanego w polisie, nie później jednak niż z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt. 2.
- 2) W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej podstawowej w wymaganym terminie, ochrona ubezpieczeniowa wygasa w ostatnim dniu okresu prolongaty.

§ 5

Składki

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej podstawowej z umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa 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.

§ 6

Wypłata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym zdarzeniu.
- W przypadku umowy dodatkowej zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia.
- 4) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna 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) karta statystyczna zgonu lub zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia,
- d) protokół badania sekcyjnego w przypadku jego wykonania,
- e) opis okoliczności niebezpiecznego wypadku,
- f) notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji,
- g) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie – jeżeli prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
- h) prawo jazdy Ubezpieczonego i dowód rejestracyjny prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku samochodowego,
- i) 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.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu.
- 2) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

W przypadku wygaśnięcia 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

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

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

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,

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

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

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

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 9

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3.

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

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 252/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

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

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	– § 3 ust. 2 w związku z definicją z § 2 ust. 1 pkt 4) z uwzględnieniem § 2 ust. 2 – § 6 ust. 1 i 3
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	– § 2 ust. 2 pkt 1) zd. ost., pkt 2) zd. 2 i 3, pkt 3) zd. ost., pkt 7) zd. ost., pkt 9) zd. ost. – § 3 ust. 7 z uwzględnieniem definicji pojęć zamieszczonych w Ogólnych warunkach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie – § 3 ust. 6 i 8 – § 4 ust. 5 – § 7 ust. 2
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy (jedynym obciążeniem jest składka)
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy

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

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (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. 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

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 lub w aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 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** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, polegające na zdiagnozowaniu u Ubezpieczonego chorób wymienionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt 1), 2), 3), 4), 5), 6) lub przebyciu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w ust. 2 pkt 7), 8), 9).

2.

W rozumieniu umowy dodatkowej, poniższe terminy będą oznaczać:

- 1) **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 określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (przy czym czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium.
- 2) **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.
Wyłączone są przypadki w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji 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.

3) **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 nie skutkujący 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.

4) **niewydolność nerek**

Mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,

5) **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,

6) **stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym**

Stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym spełniające łącznie następujące kryteria:

- a) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
- b) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgoworodzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
- c) obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),

7) **zabiegi kardiologiczne**

wymagające otwarcia klatki piersiowej zabiegi kardiologiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy pomostowania tętnic wieńcowych.. 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.

8) **zabiegi kardiologiczne na otwartym sercu**

operacje kardiologiczne z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca, polegające na wszczepianiu sztucznych zastawek serca, wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,

9) **przeszczep**

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. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną. Zakres ochrony nie obejmuje przeszczepów narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem że Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia.

3.

Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej może zostać określona jako krotność 20.000 zł, nie więcej jednak niż obowiązująca w danym momencie maksymalna kwota określona przez Allianz we

wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, niezależnie od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w umowie ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający, we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązującą w Allianz maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej.

5.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

6.

- 1) Zdarzeniem objętym odpowiedzialnością Allianz z tytułu umowy dodatkowej nie jest:
 - a) choroba wymieniona w ust. 2 pkt 1), 2), 3), 4), 5), 6) jeżeli została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z jej powodu rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej;
 - b) zabieg operacyjny wskazany w ust. 2 pkt 7), 8), 9) jeżeli choroba będąca przyczyną przeprowadzenia zabiegu została po raz pierwszy zdiagnozowana przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej lub jeżeli z powodu tej choroby rozpoczęto postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed rozpoczęciem ochrony świadczonej z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) Z tytułu niniejszej umowy dodatkowej Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich występowania/przebywania.

7.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych 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.

8.

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.

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie w przypadku umowy ubezpieczenia ze składką płatną regularnie.

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 – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, lub uznania roszczenia przez Allianz z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzająca 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, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowej.

4.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu wniosku o zawarcie umowy dodatkowej 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 daty wskazanej w aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

7.

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

- 8.
- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 3 oraz ust. 6, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
 - 2) W razie wypowiedzenia umowy dodatkowej Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa w dniu rozwiązania umowy dodatkowej z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej podstawowej 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

Składki

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej podstawowej z umowy ubezpieczenia.

2.

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

3.

Z zastrzeżeniem ust. 6, wysokość składki ubezpieczeniowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała.

4.

Jeżeli termin płatności składki 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.

5.

Składka za ochronę ubezpieczeniową z tytułu niniejszej umowy dodatkowej jest obliczona za czas trwania odpowiedzialności Allianz, rozpoczynający się po upływie 180 dni od daty wskazanej w polisie lub po upływie 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej lub po upływie 270 dni od daty wskazanej w aneksie do polisy, w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.

6.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki. W takiej sytuacji, Allianz na 30 dni 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 10 dni 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 § 4 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

Wypłata świadczenia

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania powinna do druku zgłoszenia roszczenia dołączyć 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 wpływie 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 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 tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.

- 1) W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5.

Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

6.

- 1) Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 2) Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - a) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
 - a) osobę występującą z roszczeniem oraz
 - b) Ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7.

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

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

1.

W razie wygaśnięcia niniejszej umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać z 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

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

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

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

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

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

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 9

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3.

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

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 253/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

**Warunki umowy dodatkowej zwolnienia
z opłacania składek na wypadek inwalidztwa
(kod produktu: DIN)**

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

Warunki umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa (kod produktu: DIN)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa (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.

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** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia będące wynikiem:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, lub
 - b) choroby, której objawy wystąpiły po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,potwierdzone przez lekarza uprawnionego lub komisję lekarską wskazaną przez Allianz, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny, nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, do wykonywania jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie, przynoszącej dochód lub wynagrodzenie.
- 2) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.
- 3) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa. Za datę wystąpienia inwalidztwa uznaje się:
 - a) datę komisji ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie lub
 - b) datę orzeczenia inwalidztwa przez lekarza uprawnionego, jeżeli brak orzeczenia ZUS, KRUS lub innego organu uprawnionego do orzekania w tym zakresie.

Allianz zastrzega sobie również prawo powołania komisji lekarskiej celem przeprowadzenia badań i oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego. Komisja lekarska powoływana jest nie wcześniej niż po upływie 6 miesięcy i nie później niż przed upływem 12 miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku lub pierwszej diagnozy choroby. Koszt przeprowadzanych badań ponosi Allianz.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Allianz w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych podstawowych oraz składek regularnych dodatkowych z tytułu umów dodatkowych, które Ubezpieczający zawarł.

3.

Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje na czas orzeczonego inwalidztwa, od daty wymagalności pierwszej składki przypadającej po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Warunkiem przedłużenia zwolnienia z obowiązku opłacania składek regularnych na dalszy okres inwalidztwa jest dostarczenie Allianz orzeczenia organu wskazanego w § 2 pkt 3, stwierdzającego dalszy okres inwalidztwa. Zwolnienie z obowiązku opłacania składek regularnych trwa nie dłużej niż do rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

4.

Odpowiedzialnością Allianz nie jest objęte inwalidztwo które wystąpi po rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

5.

Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje inwalidztwa Ubezpieczonego będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, 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) chorób psychicznych w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- m) zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- n) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

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

§ 4

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może zostać zawarta wyłącznie w przypadku umowy ubezpieczenia ze składką płatną regularnie.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje tylko jednocześnie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia i jest możliwe pod warunkiem, że nie została zawarta umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.
- 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 – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta, wyłącznie jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4.

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) uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

5.

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.

6.

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

7.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

8.

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

9.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 4 oraz ust. 7, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
- 2) W razie wypowiedzenia umowy dodatkowej ubezpieczenia Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

10.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa w dniu rozwiązania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia w skutek nieopłacenia składki regularnej podstawowej 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

Składki

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej podstawowej z umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa wraz z terminem 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.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego od opłacania składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, w tym niniejszej umowy dodatkowej.

4.

W razie wystąpienia inwalidztwa składki wpłacone przez Ubezpieczającego od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego do dnia zaakceptowania roszczenia podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 6

Wpłata świadczenia

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu wystąpienia inwalidztwa powinna 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 diagnostyki, leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpieczonego,
- 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 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.

W razie zgłoszenia roszczenia Allianz zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz przeprowadzania na koszt Allianz badań specjalistycznych Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie 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 tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

W razie 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

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

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

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

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

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta

przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 9

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3.

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

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 254/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



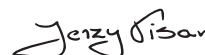
Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób (kod produktu: DIW)

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

Warunki umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób (kod produktu: DIW)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie (zwanej dalej umową ubezpieczenia).

2.

Allianz świadczy rozszerzony zakres ochrony z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób (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 znaczenia:

- 1) **Inwalidztwo** – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek lub jedną z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt 2), 3), 4) oraz 5) niniejszych warunków ubezpieczenia i potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Allianz, w rezultacie którego Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.
- 2) **Suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub w aneksie do polisy kwota, która będzie wypłacona, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jednej z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt 2), 3), 4) oraz 5) niniejszych warunków ubezpieczenia. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Allianz dla umów dodatkowych.
- 3) **Umowa dodatkowa** – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.
- 4) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa będącego wynikiem:
 - a) nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, lub
 - b) choroby – stwierdzonej rozpoznaniem lekarskim i polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt. 2), 3), 4), 5), i pod warunkiem że objawy tych chorób pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty pierwszej diagnozy choroby.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

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 zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

3.

W rozumieniu umowy dodatkowej poniższe terminy będą oznaczać:

- 1) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
 - i) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - ii) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - iii) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Allianz w odniesieniu do Ubezpieczonego,
 - iv) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - v) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 2) **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 określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (przy czym czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewłoka białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium.
- 3) **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.
Wyłączone są przypadki w których brak wskazania do pilnej hospitalizacji tzw. nieme zawały.
- 4) **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. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR).
Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący 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.
- 5) **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.

4.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

5.

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

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów 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 aktach przemocy, 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 lub 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.

6.

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 zostać zawarta wyłącznie w przypadku umowy ubezpieczenia ze składką płatną regularnie.

2.

- 1) Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia i jest możliwe pod warunkiem, że nie została zawarta umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa. Za zgodą Allianz możliwe jest zawarcie umowy dodatkowej, poczynwszy 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 – badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Allianz i na jego koszt,
 - c) doręczenie na żądanie Allianz wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy dodatkowej.

3.

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.

4.

- 1) Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku nie dłużej jednak niż do dnia:
 - a) rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia lub
 - b) uznania przez Allianz roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.
- 2) Umowa dodatkowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, do czasu gdy nastąpi rocznica polisy bezpośrednio poprzedzająca ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat z zastrzeżeniem pkt. 1 i 3 niniejszego ustępu.
- 3) Umowa dodatkowa ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żądna ze stron nie złoży drugiej stronie, przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia, pisemnego oświadczenia o nie przedłużaniu umowy dodatkowej.

5.

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

6.

Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowej, składając Allianz oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia umowy dodatkowej. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy dodatkowej Allianz nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy dodatkowej, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

7.

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

8.

- 1) Poza sytuacjami wskazanymi w ust. 4 oraz ust. 6, umowa dodatkowa ulega również rozwiązaniu na skutek złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o jej wypowiedzeniu. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu umowy dodatkowej. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z najbliższym dniem zgodnym z terminem płatności składki.
- 2) W razie wypowiedzenia umowy dodatkowej Allianz dokona zwrotu części składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa z niniejszej umowy dodatkowej wygasa w dniu rozwiązania umowy dodatkowej, z zastrzeżeniem że w przypadku:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia wskutek nieopłacenia składki regularnej podstawowej 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

Składki

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej podstawowej z umowy ubezpieczenia.

2.

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

3.

Z zastrzeżeniem ust. 5, wysokość składki ubezpieczeniowej w poszczególnych rocznych okresach ubezpieczenia jest stała.

4.

Jeżeli termin płatności składki 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.

5.

Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki. W takiej sytuacji, Allianz na 30 dni 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 10 dni 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 § 4 ust. 4 pkt. 3. Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczającego ani Ubezpiezonego 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

Wypłata świadczenia

1.

Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu wystąpienia inwalidztwa u Ubezpiezonego spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób powinna do druku zgłoszenia roszczenia dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- pełna dokumentacja medyczna dotycząca leczenia, hospitalizacji i rehabilitacji Ubezpiezonego po wypadku – jeżeli inwalidztwo Ubezpiezonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- pełna dokumentacja medyczna dotycząca diagnostyki, leczenia i hospitalizacji Ubezpiezonego, ze szczególnym uwzględnieniem wyników badań, potwierdzających zgodność jednostki chorobowej z przyjętą w niniejszych warunkach ubezpieczenia definicją – jeżeli inwalidztwo Ubezpiezonego jest następstwem jednej ze zdefiniowanych chorób,
- zaświadczenie o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji – jeżeli inwalidztwo Ubezpiezonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- opis okoliczności wypadku – jeżeli inwalidztwo Ubezpiezonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- notatka policyjna w przypadku zawiadomienia policji – jeżeli inwalidztwo Ubezpiezonego jest następstwem nieszczęśliwego wypadku,
- dokument stwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- 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 nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia objawów choroby zdefiniowanej w niniejszych warunkach ubezpieczenia 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 Ubezpiezonego 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 tu działania są przeprowadzane na koszt Allianz.

4.

- W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić w szczególności również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpiezonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem, na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła

zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

5.

Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

6.

- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- Jeżeli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Allianz nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie:
 - osobę zgłaszającą roszczenie oraz
 - Ubezpiezonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Allianz poinformuje o tym na piśmie:
 - osobę występującą z roszczeniem oraz
 - Ubezpiezonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

7.

W razie uznania roszczenia przez Allianz i śmierci Ubezpiezonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

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

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

§ 8

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

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

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

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

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacja do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy. Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta.

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

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 9

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

- 1) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

3.

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

4.

Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 255/2015 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 1 stycznia 2016 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



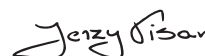
Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu

Załącznik o opodatkowaniu świadczeń do umów ubezpieczenia na życie

Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

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

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

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

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

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

Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 10 ustawy o PIT od dochodu oszczędzającego na indywidualnym koncie emerytalnym z tytułu zwrotu albo częściowego zwrotu, w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontaktach 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 kontaktach 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 kontaktach 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) nie podlega nabycie w drodze dziedziczenia środków z pracowniczego programu emerytalnego;
- b) nabycie w drodze spadku środków zgromadzonych na indywidualnym koncie emerytalnym.

Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

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

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

Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

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

oraz art. 23 ust. 1 pkt 57 ustawy o PIT nie uważa się za koszty uzyskania przychodu 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 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844) jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

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

Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

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

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