

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Kredytobiorców/Pożyczkobiorców korzystających z Kredytów/Pożyczek zabezpieczonych hipotecznie udzielanych przez Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna (kod produktu: TER6)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 2 pkt 31) z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 14), 18), 22) i 29) – § 3 ust. 2 i 3 – § 9 ust. 2 i 3 – § 10 ust. 1 pkt 1), 3) i 4) – § 10 ust. 2
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 5 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 1), 6), 7), 8), 9) – § 3 ust. 6 – § 4 ust. 8 – § 7 ust. 4 – § 9 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

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie Kredytobiorców/ Pożyczkobiorców korzystających z Kredytów/ Pożyczek zabezpieczonych hipotecznie udzielanych przez Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna (kod produktu: TER6)

§ 1

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (zwane dalej o.w.u.) stosuje się w umowach indywidualnego ubezpieczenia na życie Kredytobiorców/Pożyczkobiorców korzystających z Kredytów/Pożyczek zabezpieczonych hipotecznie udzielanych przez Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej „Allianz”.

Postanowienia ogólne

§ 2

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

- 1) **Akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy lub skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
- 2) **Aktualne zadłużenie** – pozostająca do spłaty na dzień śmierci Ubezpieczonego kwota kapitału Kredytu/Pożyczki oraz kwota odsetek bieżących bez należności wynikających z nieterminowej spłaty Kredytu/Pożyczki.
- 3) **Bank** – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna.
- 4) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz. Adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w Polisie.
- 5) **Czynności życia codziennego**:
 - 1) poruszanie się w domu – przemieszczanie się z/do łóżka lub z/na krzesło samodzielnie lub z użyciem laski, chodzika,
 - 2) kontrolowanie czynności fizjologicznych – samokontrola w zakresie oddawania kału i moczu przy utrzymaniu zadowalającej higieny osobistej,
 - 3) mycie – samodzielne wykonywanie czynności związanych z myciem w stopniu umożliwiającym utrzymanie higieny osobistej,
 - 4) ubieranie się – samodzielne ubieranie i rozbieranie się – bez konieczności pomocy innej osoby,
 - 5) jedzenie – wykonywanie wszystkich czynności związanych z samodzielnym spożywaniem przygotowanych posiłków (jedzenie i picie),
 - 6) korzystanie z toalety – samodzielne przemieszczanie się do toalety i korzystanie z niej przy utrzymaniu higieny osobistej.
- 6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – czynne i niezgodne z prawem skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona.
- 7) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek.
- 8) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – czynny udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) tocących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi.
- 9) **Działanie Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu** – działanie Ubezpieczonego w stanie, gdy zawartość alkoholu w jego organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - 1) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
 - 2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.
- 10) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w Polisie, w którym Allianz zaczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową z tytułu Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki.
- 11) **Kredyt** – złotowy kredyt mieszkaniowy (hipoteczny, budowlano-hipoteczny, kredyt mieszkaniowy MdM z finansowym wsparciem ze środków Funduszu Dopłat, kredyt hipoteczny w Eurokoncie Hipotecznym Plus), udzielony na podstawie umowy Kredytu zawartej pomiędzy Bankiem a Kredytobiorcą.
- 12) **Kredytobiorca** – osoba fizyczna, z którą Bank zawarł umowę Kredytu.
- 13) **Lekarz uprawniony** – lekarz wskazany przez Allianz i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej osoby objętej ubezpieczeniem, do weryfikacji stanu zdrowia tej osoby na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej oraz do przeprowadzania na koszt Allianz dodatkowych badań lekarskich w celu oceny zasadności roszczenia.
- 14) **Pierwsza diagnoza choroby** – rozpoznanie, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, choroby będącej przyczyną powstania Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji, co do której to choroby nie było prowadzone postępowanie diagnostyczno-lecznicze przed złożeniem wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Rozpoznanie powinno być dokonane na podstawie analizy stanu zdrowia chorego i uzyskane za pomocą dostępnych metod badania.
- 15) **Polisa** – dokument wystawiony przez Allianz, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 16) **Pożyczka** – pożyczka ekspresowa zabezpieczona hipotecznie, udzielona na podstawie umowy pożyczki, zawartej pomiędzy Bankiem a Pożyczkobiorcą.
- 17) **Pożyczkobiorca** – osoba fizyczna, z którą Bank zawarł umowę Pożyczki.
- 18) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie o charakterze losowym pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które spowodowało wystąpienie obrażeń ciała u Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - a) energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - b) energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - c) czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - d) czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych.

Jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według o.w.u.
- 19) **Rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego, jeżeli tego dnia nie ma w danym roku, uważa się dzień 28 lutego.
- 20) **Składka** – składka z tytułu Umowy ubezpieczenia przeznaczona na pokrycie kosztów udzielanej ochrony ubezpieczeniowej oraz pokrycie kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej, której wysokość i termin płatności zostały określone w Polisie lub aneksie do Polisy.
- 21) **Suma ubezpieczenia** – określona w Polisie kwota, która będzie wypłacona osobie uprawnionej w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego. Suma ubezpieczenia wynosi 25% kwoty udzielonego Kredytu/Pożyczki, wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, pomnożonej przez Udział procentowy zdefiniowany w pkt. 25).
- 22) **Trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu Czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem Lekarza uprawnionego. Trwałość i bezpowrotność utraty zdolności do wykonywania danej czynności, o której mowa w zdaniu poprzednim oznacza, że zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie ma pozytywnych rokowań co do odzyskania zdolności do wykonywania tej czynności.
- 23) **Ubezpieczający** – Kredytobiorca/Pożyczkobiorca, który zawarł Umowę ubezpieczenia. Z uwagi na to, że Umowa ubezpieczenia na podstawie niniejszych o.w.u. może być zawarta przez Ubezpieczającego wyłącznie na własny rachunek, to Ubezpieczający musi być jednocześnie Ubezpieczonym, stąd ilekroć w postanowieniach Umowy

ubezpieczenia mowa jest o Ubezpieczonym, należy przez to rozumieć także Ubezpieczającego.

- 24) **Ubezpieczony** – Kredytobiorca/Pożyczkobiorca, którego życie i zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia.
- 25) **Udział procentowy** – wartość procentowa ustalana przez Bank, równa proporcji dochodów uwzględnianych przez Bank przy badaniu zdolności kredytowej osiągniętych przez danego Kredytobiorcę/Pożyczkobiorcę, który ma zostać objęty ubezpieczeniem, do sumy wziętych pod uwagę przy ocenie przez Bank zdolności do spłaty dochodów osiągniętych przez wszystkich Kredytobiorców/Pożyczkobiorców, którzy mają zostać objęci ubezpieczeniem, będących stroną jednej umowy Kredytu/Pożyczki. Wartość Udziału procentowego ma wpływ na wysokość Sumy ubezpieczenia danego Kredytobiorcy/ Pożyczkobiorcy w taki sposób, że Suma ubezpieczenia stanowi iloczyn Udziału procentowego i 25% kwoty udzielonego Kredytu/Pożyczki wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 26) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – umowa zawierana pomiędzy Allianz a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych o.w.u.
- 27) **Uposażony główny** – osoba fizyczna lub prawna wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 28) **Uposażony dodatkowy** – osoba fizyczna lub prawna, inna niż Uposażony główny, wskazywana przez Ubezpieczonego wyłącznie w sytuacji gdy Uposażonym głównym jest Bank, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w sytuacji, w której świadczenie to przewyższać będzie wysokość Aktualnego zadłużenia wobec Banku z tytułu Kredytu/Pożyczki, w kwocie przewyższającej wysokość Aktualnego zadłużenia. Jeśli Uposażonym głównym nie jest Bank wówczas Uposażony dodatkowy nie jest wskazywany przez Ubezpieczonego.
- 29) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- 1) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - 2) jest wywołane Przyczyną zewnętrzną, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia,
 - 3) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia Zdarzenia objętego odpowiedzialnością Allianz,
 - 5) skutki Zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z Przyczyną zewnętrzną, która wywołała Zdarzenie.
- 30) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie przez Allianz decyzji o warunkach, na jakich przyjmie on odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia, dokonane na podstawie złożonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wraz z wymaganymi dokumentami oraz na podstawie innych, niezbędnych informacji uzyskanych od Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia.
- 31) **Zdarzenie ubezpieczeniowe (Zdarzenie)** – zdarzenie objęte ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia, którym jest jedno z poniżej wskazanych Zdarzeń, w zależności od tego, które z nich nastąpi wcześniej:
- a) śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej (dalej: śmierć Ubezpieczonego),
albo
 - b) Trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego w następstwie choroby lub obrażeń ciała doznanych w wyniku Wypadku, pod warunkiem iż Wypadek bądź Pierwsza diagnoza choroby miały miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej oraz iż Trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji powstała w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej (dalej: Trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego). Za datę powstania Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji uznaje się pierwszy dzień, w którym Ubezpieczony był trwale i bezpowrotnie niezdolny do wykonywania co najmniej czterech z sześciu Czynności życia codziennego – datę tą ustala Lekarz uprawniony Allianz, zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną, w oparciu o dokumentację medyczną związaną z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz w oparciu o orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, o ile takie orzeczenie zostało wydane.

Przedmiot, zakres, suma ubezpieczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności
§ 3

1.
Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Allianz z tytułu Umowy ubezpieczenia polega na wypłacie świadczenia:

- a) Uposażonemu głównemu i Uposażonemu dodatkowemu (o ile został wskazany) – w razie śmierci Ubezpieczonego,
 - b) Ubezpieczonemu – w razie Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
- z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 – 6 poniżej.

3.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego odpowiedzialność Allianz polega na wypłacie świadczenia w kwocie równej Sumie ubezpieczenia Uposażonemu głównemu, a w przypadku braku Uposażonego głównego – członkom rodziny, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt. 4), z zastrzeżeniem zapisów pkt 2) poniżej. Szczegółowe postanowienia w zakresie osób uprawnionych zawarte są w § 9 ust. 1 i 3.
- 2) Jeżeli jako Uposażony główny zostanie wskazany Bank, wówczas w razie śmierci Ubezpieczonego odpowiedzialność Allianz polega na wypłacie świadczenia Uposażonemu głównemu w kwocie równej Aktualnemu zadłużeniu, nie więcej jednak niż Sumę ubezpieczenia. W przypadku wskazania Uposażonego dodatkowego, odpowiedzialność Allianz polega na wypłacie świadczenia Uposażonemu dodatkowemu w kwocie równej pozostałej części Sumy ubezpieczenia, przewyższającej wysokość Aktualnego zadłużenia, a w przypadku braku Uposażonego dodatkowego – członkom rodziny, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt. 4). Szczegółowe postanowienia w zakresie osób uprawnionych zawarte są w § 9 ust. 1 i 2.
- 3) W razie Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, odpowiedzialność Allianz polega na wypłacie Ubezpieczonemu świadczenia w kwocie równej Sumie ubezpieczenia.

4.

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa świadczona na wypadek wystąpienia Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wygasa, poza przypadkami określonymi w § 8 ust. 3, wraz z końcem dnia bezpośrednio poprzedzającego Rocznicę polisy, następującą po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 roku życia, z zastrzeżeniem pkt 2) oraz pkt 3) poniżej.
- 2) Jeśli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie złożony po dniu wygaśnięcia ochrony świadczonej w ramach umowy generalnej ubezpieczenia grupowego na życie Kredytobiorców/Pożyczkobiorców Korzystających z Kredytów mieszkaniowych/Pożyczek zabezpieczonych hipotecznie udzielanych przez Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna zgodnie z zapisami § 4 ust 2 pkt 2) OWU i jednocześnie dzień urodzin Ubezpieczonego przypada:
 - a) w okresie pomiędzy tym dniem wygaśnięcia ochrony a dniem złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo
 - b) w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, wówczas ochrona ubezpieczeniowa świadczona na wypadek wystąpienia Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wygasa, poza przypadkami określonymi w § 8 ust. 3, wraz z końcem dnia bezpośrednio poprzedzającego Rocznicę polisy, następującą po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 66 roku życia.
- 3) Jeśli dzień urodzin Ubezpieczonego przypada:
 - a) w okresie pomiędzy dniem złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia a Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej albo
 - b) w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wówczas ochrona ubezpieczeniowa świadczona na wypadek wystąpienia Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego wygasa, poza przypadkami określonymi w § 8 ust. 3, wraz z końcem dnia bezpośrednio poprzedzającego Rocznicę polisy, następującą po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 66 roku życia.

5.

Wyłączenia odpowiedzialności

- 1) Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) Czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
 - c) Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w Aktach terroru.
- 2) Allianz nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia w przypadku wystąpienia Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) Działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,

- b) wypadku lotniczego, z wyjątkiem Wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,
- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) Czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w Aktach terroru,
- e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- j) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) Ubezpieczonego,
- k) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- l) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie Zdarzenia.

6.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia Umowy Allianz ma prawo odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli zdarzenie było skutkiem okoliczności, o które Allianz pytał przed wyrażeniem zgody na zawarcie Umowy i jeśli zostały podane niezgodnie z prawdą bądź zatajone przez Ubezpieczonego. Jeżeli do Zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od daty zawarcia Umowy, Allianz nie może podnieść zarzutu o podaniu niezgodnie z prawdą lub zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu Umowy.

Warunki zawarcia umowy ubezpieczenia

§ 4

1.

- 1) Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku liczonego od daty określonej w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy.
- 2) Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia (tj. okres od danej Rocznicy polisy do dnia poprzedzającego następną Rocznicę polisy), jeżeli:
 - a) Ubezpieczony najpóźniej na 10 dni przed najbliższą Rocznicą polisy nie złoży Allianz pisemnego oświadczenia o braku zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia albo
 - b) Allianz na co najmniej miesiąc przed najbliższą Rocznicą polisy nie złoży Ubezpieczonemu pisemnego oświadczenia o braku zgody na przedłużenie Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego w zdaniu poprzednim, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2 oraz ust. 3.

2.

- 1) Ubezpieczonym może być Kredytobiorca/Pożyczkobiorca, który w dniu składania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.
- 2) Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie złożony nie później niż w terminie 3 miesięcy od daty zawarcia umowy Kredytu/Pożyczki lub aneksowania umowy Kredytu/Pożyczki w celu podwyższenia kwoty Kredytu/Pożyczki, z zastrzeżeniem zapisów zdania następnego.

Umowa ubezpieczenia zawierana na rzecz Ubezpieczonego, który był objęty ochroną Allianz w ramach umowy generalnej ubezpieczenia grupowego na życie Kredytobiorców/Pożyczkobiorców korzystających z Kredytów mieszkaniowych/Pożyczek zabezpieczonych hipotecznie udzielanych przez Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna, może być zawarta jeśli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia zostanie złożony nie później niż w terminie 1 miesiąca od daty wygaśnięcia ochrony z tytułu tej umowy grupowej.

3.

- 1) Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczonego oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Allianz. Oferta składana jest przez Ubezpieczonego na formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia udostępnionym przez Allianz.
- 2) Przed złożeniem przez Ubezpieczonego oferty, Bank dostarcza Ubezpieczonemu tekst o.w.u. wraz z załącznikiem o opodatkowaniu świadczeń.

4.

- 1) Jeśli Suma ubezpieczenia wnioskowana wobec danego Kredytobiorcy/Pożyczkobiorcy jest równa lub wyższa niż 300 000 zł, lecz nie wyższa niż 500 000 zł, niezbędne jest złożenie przez Kredytobiorcę/Pożyczkobiorcę oświadczenia o stanie jego zdrowia, które to oświadczenie stanowi integralną część wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy treść złożonego oświadczenia o stanie zdrowia wskaże na ryzyko odbiegające od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego (czyli w sytuacji zakreślenia opcji „Nie, nie mogę podpisać takiego oświadczenia” pod oświadczeniem o stanie zdrowia), Kredytobiorca/Pożyczkobiorca zostanie skierowany na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wskazanych przez Allianz i na koszt Allianz).
- 2) Jeśli Suma ubezpieczenia wnioskowana wobec danego Kredytobiorcy/Pożyczkobiorcy jest wyższa niż 500 000 zł, lecz nie wyższa niż 1 000 000 zł, Kredytobiorca/Pożyczkobiorca zostanie skierowany na badania medyczne, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wskazanych przez Allianz i na koszt Allianz).
- 3) Jeśli Suma ubezpieczenia wnioskowana wobec danego Kredytobiorcy/Pożyczkobiorcy jest wyższa niż 1 000 000 zł, Kredytobiorca/Pożyczkobiorca zobowiązany jest wypełnić kwestionariusz medyczny stanowiący integralną część wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz poddać się badaniom medycznym, z wyłączeniem badań genetycznych (badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wskazanych przez Allianz i na koszt Allianz).
- 4) Niezależnie od wymogów wskazanych w pkt 1)-3) powyżej, Allianz może zwrócić się do Kredytobiorcy/Pożyczkobiorcy o doręczenie dodatkowej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem jego zdrowia, o ile Kredytobiorca/Pożyczkobiorca dysponuje taką dokumentacją.

5.

Na podstawie informacji uzyskanych przez Allianz przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w tym danych wynikających z wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, wyników badań oraz przedstawionych dokumentów, o których mowa w ust. 4, Allianz zastrzega sobie prawo do niezaakceptowania ryzyka i odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia.

6.

- 1) Allianz podejmuje decyzję w sprawie Zaakceptowania ryzyka niezwłocznie po otrzymaniu wyników badań i niezbędnej dokumentacji, o których mowa w ust. 4, jednak nie później niż w ciągu 2 miesięcy od dnia otrzymania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 2) Allianz poinformuje o Zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczonemu Polise.

7.

- 1) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 4.

8.

- 1) Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Allianz wszystkie znane sobie okoliczności, o które zostanie zapytany przez Allianz przed zawarciem Umowy ubezpieczenia. W razie Zaakceptowania ryzyka przez Allianz mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte pytania i okoliczności uznaje się za nieistotne.
- 2) W razie niezastosowania się do obowiązku, o którym mowa w pkt. 1), gdy skutkiem zatajonych lub podanych niezgodnie z prawdą okoliczności jest zajście Zdarzenia, zastosowanie mają postanowienia § 3 ust. 6.

Składka

§ 5

- 1.
- 1) Kwota Składki jest określona w Polisie lub aneksie do Polisy.
- 2) Wysokość Składki w pierwszym oraz kolejnych okresach ubezpieczenia ustalana jest przez Allianz w zależności od wysokości kwoty udzielonego Kredytu/Pożyczki wskazanej we wniosku, Udziału procentowego, według taryf obowiązujących w dniu składania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, zależnych od wieku Ubezpieczonego i zakresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt. 3). Składka należna z tytułu ochrony udzielanej w pierwszym okresie ubezpieczenia powinna zostać zapłacona w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
- 3) Allianz zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości Składki w kolejnym rocznym okresie ubezpieczenia. W takiej sytuacji, Allianz najpóźniej na 30 dni przed Rocznicą polisy doręczy Ubezpieczonemu propozycję podwyższenia Składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

Jeżeli Ubezpieczony po otrzymaniu powyższej propozycji doręczy Allianz najpóźniej na 10 dni przed Rocznicą polisy oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną wysokość Składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu woli na przedłużenie Umowy na następny roczny okres ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 2). Niedoręczenie Allianz przez Ubezpieczonego pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości Składki w terminie określonym powyżej będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na przedłużenie Umowy na następny roczny okres ubezpieczenia i wysokość Składki zaproponowaną przez Allianz, z zastrzeżeniem postanowień § 6 ust. 2 oraz ust. 3.

2.

Składka płatna jest z góry, za każdy roczny okres ubezpieczenia.

3.

Data opłacenia Składki jest dzień zlecenia płatności/przelewu bankowego Składki na rachunek bankowy Allianz wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i Polisie, o ile pełna kwota wymaganej Składki wpłynęła na rachunek bankowy Allianz.

Konsekwencje nieopłacenia składki

§ 6

1.

W razie nieopłacenia pierwszej Składki ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się.

2.

Począwszy od terminu wymagalności Składki za kolejne roczne okresy ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczony nie opłaci Składki w terminie wskazanym w Polisie, Allianz poinformuje Ubezpieczonego o niezapłaceniu Składki i skutkach jej niezapłacenia opisanych w niniejszym paragrafie, jednocześnie wzywając go do zapłacenia Składki we wskazanym w wezwaniu terminie, nie krótszym niż 7 dni.

3.

W razie nieopłacenia zaległej Składki w terminie wskazanym w piśmie o którym mowa w ust. 2, ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Allianz wygasa wobec Ubezpieczonego z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona Składka i z tym też dniem Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia

§ 7

1.

Suma ubezpieczenia wskazana jest w Polisie i odpowiada 25% wartości udzielonego Kredytu/Pożyczki pomnożonej przez Udział procentowy.

2.

Ubezpieczonemu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, za zgodą Allianz, przysługuje prawo do podwyższenia Sumy ubezpieczenia w związku z podwyższeniem kwoty Kredytu/Pożyczki, na zasadach określonych w niniejszym paragrafie.

3.

- 1) Z prawa do podwyższenia Sumy ubezpieczenia można skorzystać, pod warunkiem że wiek Ubezpieczonego w momencie złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia nie przekroczy 71 lat, z zastrzeżeniem że jeśli łączna Suma ubezpieczenia po podwyższeniu miałaby być równa lub większa od 300 000 zł wówczas odpowiednie zastosowanie mają zapisy § 4 ust. 4 i 5.
- 2) Do podwyższenia Sumy ubezpieczenia dochodzi za zgodą Allianz, po dokonanej przez Allianz analizie wniosku o podwyższenie Sumy

ubebezpieczenia oraz innych danych i dokumentów przedstawionych Allianz zgodnie z § 4 ust. 4.

- 3) Podwyższona Suma ubezpieczenia obowiązywać będzie od najbliższego miesiąca polisowego, następującego po wyrażeniu zgody Allianz na podwyższenie Sumy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia Składki. Przez miesiąc polisowy, o którym mowa w poprzednim zdaniu, rozumie się okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.

4.

W ciągu 3 lat od dnia podwyższenia Sumy ubezpieczenia, Allianz ma prawo odmówić wypłaty części świadczenia w wysokości, o którą podwyższono Sumę ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony podał okoliczności niezgodne z prawdą lub zataił informacje, o które Allianz pytał Ubezpieczonego przed zaakceptowaniem wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia, a zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego było skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych.

Warunki rozwiązania Umowy

§ 8

1.

Ubezpieczony 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 Ubezpieczonego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczony będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

W razie skorzystania z powyższego prawa, Allianz w terminie 14 dni zwróci Ubezpieczonemu wpłaconą Składkę, pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

2.

- 1) Ubezpieczony może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, składając Allianz oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 2) W razie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Allianz dokona zwrotu Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej w terminie 14 dni od daty wpływu wypowiedzenia.

3.

- 1) Umowa ubezpieczenia, poza sytuacjami określonymi w ust. 1 – 2, ulega rozwiązaniu:
 - a) z ostatnim dniem okresu, za który została opłacona Składka – w razie nieopłacenia Składki za kolejne roczne okresy ubezpieczenia mimo uprzedniego wezwania do zapłaty w dodatkowym terminie, na zasadach opisanych w § 6,
 - b) z dniem zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego,
 - c) z dniem Rocznicy polisy bezpośrednio poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 72 lat, a w odniesieniu do Ubezpieczonych którzy w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia mieli ukończone 71 lat Umowa ulega rozwiązaniu z dniem Rocznicy polisy następującej bezpośrednio po ukończeniu 72 lat,
 - d) z dniem, w którym umowa Kredytu/Pożyczki uległa rozwiązaniu,
 - e) w dniu, w którym Ubezpieczony dokonał przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu/Pożyczki, o ile Ubezpieczony nie złożył pisemnego oświadczenia woli dalszego korzystania z ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 4.
- 2) W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta Umowa ubezpieczenia, Ubezpieczonemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

4.

W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego, najpóźniej w dniu dokonania przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu/Pożyczki, oświadczenia woli dalszego korzystania z ochrony ubezpieczeniowej po dokonaniu przez Ubezpieczonego przedterminowej całkowitej spłaty Kredytu/Pożyczki, ochrona ubezpieczeniowa trwa do końca bieżącego rocznego okresu ubezpieczenia.

Uprawnieni do świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci

Ubezpieczonego

§ 9

1.

- 1) Ubezpieczony może wskazać:

- a) Uposażonego głównego (lub Uposażonych głównych, w przypadku gdy Uposażonym głównym nie jest Bank) uprawnionego/ych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego,
 - b) Uposażonego dodatkowego (lub Uposażonych dodatkowych) wskazanego/ych wyłącznie w sytuacji gdy Uposażonym głównym jest Bank, uprawnionego/ych do otrzymania świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego, w sytuacji, w której świadczenie to przewyższać będzie wysokość Aktualnego zadłużenia wobec Banku z tytułu Kredytu/Pożyczki, w kwocie przewyższającej wysokość Aktualnego zadłużenia z tytułu Kredytu/Pożyczki.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1).
 - 3) Allianz jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpływu oświadczenia o zmianie Uposażonego/ych głównego/ych lub Uposażonego/ych dodatkowego/ych do Allianz.

2.

Jeśli jako Uposażony główny zostanie wskazany Bank, zastosowanie mają poniższe pkt 1)-6)

- 1) Jeżeli Ubezpieczony jako Uposażonego głównego wskaże Bank, Allianz w razie śmierci Ubezpieczonego wypłaci Uposażonemu głównemu świadczenie z tytułu Umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego stanowiące równowartość Aktualnego zadłużenia, nie więcej jednak niż Sumę ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczony ma prawo wskazać Uposażonego dodatkowego (lub Uposażonych dodatkowych), uprawnionego do tej części świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, która przewyższać będzie wysokość Aktualnego zadłużenia.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony jako Uposażonego głównego wskaże Bank, a następnie wskazanie to odwoła, wówczas przyjmuje się, że Uposażonym głównym uprawnionym do całej kwoty świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, staje się osoba będąca dotychczas Uposażonym dodatkowym (a w przypadku gdy w chwili odwołania wskazania Banku jako Uposażonego głównego, wskazany był więcej niż jeden Uposażony dodatkowy, Uposażonym głównym stają się Uposażeni dodatkowi przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego), chyba że Ubezpieczony wskaże inaczej.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego dodatkowego i w dniu śmierci Ubezpieczonego jeden ze wskazanych Uposażonych dodatkowych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni dodatkowi, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.
- 5) Zapisy ust. 3 pkt 4) poniżej stosuje się odpowiednio do części świadczenia ponad kwotę należną Uposażonemu głównemu w sytuacji nie wskazania żadnego Uposażonego dodatkowego lub gdy w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonego dodatkowego lub też wszyscy wskazani Uposażeni dodatkowi utracili prawo do świadczenia.
- 6) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych dodatkowych w kwocie należnego im świadczenia nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego.

3.

Jeśli jako Uposażony główny zostanie wskazana osoba fizyczna lub prawna nie będąca Bankiem, zastosowanie mają poniższe pkt 1)-5)

- 1) Ubezpieczony może wskazać więcej niż jednego Uposażonego głównego.
- 2) Ubezpieczony nie wskazuje Uposażonych dodatkowych.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego głównego i w dniu śmierci Ubezpieczonego jeden ze wskazanych Uposażonych głównych nie żył albo utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni główni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego głównego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych głównych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
- 5) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych głównych w kwocie należnego świadczenia nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji przez Ubezpieczonego.

4.

Uposażony główny lub dodatkowy, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

Kiedy i na jakiej podstawie Allianz wypłaca świadczenie?
§ 10

1.

- 1) W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego należy powiadomić Allianz o tym Zdarzeniu.
- 2) Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Allianz informuje o tym Ubezpieczonego, 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 z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
 - b) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - c) dokument potwierdzający wysokość Aktualnego zadłużenia – wymagany jeśli wysokość należnego świadczenia, którego zgłoszenie roszczenia dotyczy, uzależniona jest od wysokości Aktualnego zadłużenia, przy czym jeśli przedstawienie tego dokumentu przez osobę zgłaszającą roszczenie nie jest możliwe, wówczas Allianz zwróci się o jego wystawienie bezpośrednio do Banku,
 - d) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpływnięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.

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

- 4) Osoba zgłaszająca roszczenie z tytułu Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego powinna dołączyć do druku zgłoszenia roszczenia dokumenty wskazane przez Allianz, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do odbioru świadczenia,
 - b) dokumentacja medyczna związana z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego,
 - c) orzeczenie lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji, o ile takie orzeczenie było wydane,
 - d) opis okoliczności Wypadku, jeżeli Trwała niezdolność do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego była następstwem Wypadku,
 - e) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia Policji),
 - f) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność roszczenia,
 - g) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Allianz lub wysokości świadczenia, wskazane przez Allianz po wpływnięciu zawiadomienia o zajściu Zdarzenia.
- Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument lub notariusza lub przedstawiciela Allianz.

2.

- 1) Allianz ocenia zasadność roszczenia z tytułu Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego na podstawie orzeczenia lekarza orzecznika ZUS o całkowitej niezdolności do pracy i niezdolności do samodzielnej egzystencji (o ile takie orzeczenie zostało wydane) oraz dokumentacji medycznej związanej z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji.
- 2) Jeśli z dokumentacji medycznej związanej z diagnostyką i leczeniem schorzenia będącego przyczyną Trwałej niezdolności do samodzielnej egzystencji Ubezpieczonego, nie wynika jednoznacznie, że Ubezpieczony trwale i bezpowrotnie utracił zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu Czynności życia codziennego, Allianz zastrzega sobie prawo powołania komisji lekarskiej celem oceny stanu zdrowia Ubezpieczonego pod kątem trwałej i bezpowrotnej utraty zdolności do wykonywania co najmniej czterech z sześciu Czynności życia codziennego.

3.

- 1) Allianz wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Allianz albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Allianz powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 2) Jeśli 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 uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

4.

Zgłoszenie roszczenia oraz wszelkie dołączane do niego dokumenty powinny być doręczane na adres Allianz: TU Allianz Życie Polska S.A. ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685, Departament Likwidacji Szkód Indywidualnych, bezpośrednio lub za pośrednictwem dowolnej jednostki organizacyjnej Allianz lub przedstawiciela Allianz.

Postanowienia końcowe § 11

1.

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

2.

Przy wykonywaniu Umowy prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.

3.

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

4.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia wymagają formy pisemnej, chyba że o.w.u. 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., zawiadomienia i oświadczenia związane z wykonywaniem Umowy, będą mogły być składane również w innej formie.

5.

- 1) Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków Umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy, Allianz jest obowiązany przekazać Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony 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.

- 2) Informacje, o których mowa w pkt 1), Allianz może, za zgodą Ubezpieczonego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

6.

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

7.

Jak postępować 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 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.

7.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 204/2015 z dnia 8 grudnia 2015 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 18 grudnia 2015 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu