Allianz

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE

Twoja Ochrona Życia z Allianz

dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych
ING Banku Śląskiego S.A.





Zapewnij swoim najbliższym bezpieczną przestrzeń – bez obaw o ich przyszłość, gdyby Ciebie zabrakło.

W prosty sposób **zabezpieczasz ich finansowo**, zapewniając im pomoc w spłacie kredytu.

Dzięki temu możesz ze spokojem **troszczyć się o swoją rodzinę na co dzień** – i mieć pewność, że otrzyma wsparcie w razie tego, co niespodziewane.

MATERIAŁ REKLAMOWY

Czego dowiesz się z ogólnych warunków ubezpieczenia?

Na początku wyjaśnimy wszystkie terminy, którymi będziemy się posługiwać. Następnie przeczytasz, jaki jest zakres ochrony ubezpieczeniowej i jakie warunki należy spełnić, aby móc zawrzeć z nami umowę ubezpieczenia. Poznasz też wszystkie niezbędne informacje dotyczące wysokości oraz terminów opłacania składki.
Sprawdzisz również:
- w jaki sposób możesz odstąpić od umowy i z czym się to wiąże,
- kiedy umowa ulega rozwiązaniu,
- w jakich sytuacjach nie jesteś objęty ochroną.

Na końcu wskażemy, komu i w jakiej wysokości wypłacimy świadczenie oraz jakie dokumenty należy przedstawić, aby je otrzymać.

Twój Bezpieczny Kredyt – Ochrona Życia z Allianz

	CO ZAPEWNIA UBEZPIECZENIE?	CO WARTO WIEDZIEĆ?	ZWRÓĆ UWAGĘ
Gdyby Ciebie zabrakło	**Wypłacimy wskazanym przez Ciebie osobom saldo zadłużenia kredytu.**	• Umowa zawierana jest na czas określony – pierwsza trwa do końca roku następującego po tym, w którym ją zawarłeś; co roku możemy Ci zaproponować umowę na kolejne 12 miesięcy. • Maksymalna suma ubezpieczenia to 700 000 zł.	• Jeśli ubezpieczenie jest zawierane w czasie trwania umowy kredytowej, to przez pierwszych 6 miesięcy ubezpieczenia wypłacimy: – saldo zadłużenia – jeśli śmierć nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku, – dwunastokrotność raty kredytu, nie więcej niż saldo zadłużenia – jeśli śmierć nie będzie związana z nieszczęśliwym wypadkiem. • W niektórych sytuacjach nie będziemy mogli wypłacić świadczenia – zapoznaj się z pełną listą wyłączeń odpowiedzialności, którą podajemy w § 9 warunków ubezpieczenia.
W razie poważnego zachorowania	Możesz otrzymać dwunastokrotność raty kredytu, do 60 000 zł, w razie zachorowania na jedną z poważnych chorób wymienionych w warunkach ogólnych. W razie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania świadczenie będzie równe jednej racie kredytu, do 5 000 zł.	Zakres ubezpieczenia obejmuje 11 poważnych problemów ze zdrowiem, w tym nowotwór złośliwy, zawał serca i udar mózgu.	W pierwszych 90 dniach ubezpieczenia możesz otrzymać równowartość jednej raty kredytu, do 2 500 zł
W razie niezdolności do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku lub niezdolności do samodzielnego życia wskutek nieszczęśliwego wypadku	**Wypłacimy Ci saldo zadłużenia kredytu.**	Ubezpieczenie obejmuje niezdolność do pracy lub niezdolność do samodzielnego życia spowodowane wyłącznie nieszczęśliwym wypadkiem.	Z tej ochrony korzystasz po wyczerpaniu limitu świadczeń w związku z poważnym zachorowaniem.

JAK ZGŁOSIĆ SIĘ PO ŚWIADCZENIE?

Zajrzyj do § 14 OWU i sprawdź, jakie dokumenty są niezbędne

Wybierz wygodny dla siebie sposób zgłoszenia:

wyślij dokumenty elektronicznie
przy użyciu formularza dostępnego na allianz.pl

wyślij dokumenty pocztą
TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa

zadzwoń
+48 22 563 21 28

MATERIAŁ REKLAMOWY

SPIS TREŚCI

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie –
Twoja Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.

§ 1. Wprowadzenie 6
§ 2. Definicje 6
§ 3. Przedmiot i zakres ubezpieczenia 8
§ 4. Kwalifikacja do ubezpieczenia 8
§ 5. Zawarcie Umowy Ubezpieczenia i kontynuacja Umowy Ubezpieczenia 8
§ 6. Sposób ustalania i zapłaty Składki Ubezpieczeniowej 8
§ 7. Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia 8
§ 8. Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia 9
§ 9. Wyłączenia odpowiedzialności 9
§ 10. Suma Ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci Ubezpieczonego 9
§ 11. Uprawniony do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego i Uposażony 10
§ 12. Suma Ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Poważnego Zachorowania 10
§ 13. Suma ubezpieczenia i świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku 10
§ 14. Zgłaszanie roszczeń 10
§ 15. Reklamacje, skargi i zażalenia 11
§ 16. Przetwarzanie danych osobowych 11
§ 17. Postanowienia końcowe 12
Załącznik nr 1 – Poważne zachorowania objęte ubezpieczeniem i ich definicje 13

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE – TWOJA OCHRONA ŻYCIA Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (2/2026/INGHL)

RODZAJ INFORMACJI	**NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO**
Przesłanki wypłaty świadczeń	§ 3 ust. 2, § 10, § 11, § 12, § 13, § 14, z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2.
Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 9, § 10 ust. 3- 5, z uwzględnieniem definicji zawartych w § 2.
Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	Nie dotyczy
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 – TWOJA OCHRONA ŻYCIA Z ALLIANZ DLA KREDYTOBIORCÓW KREDYTÓW HIPOTECZNYCH ING BANKU ŚLĄSKIEGO S.A. (2/2026/INGHL)

§ 1. WPROWADZENIE

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – Twoja Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A. mają zastosowanie do indywidualnych Umów Ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z Ubezpieczającymi i stanowią integralną część Umów Ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Ilekroć w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na Życie – Twoja Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., we Wniosku Ubezpieczeniowym, Dokumencie Ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia lub z jej wykonaniem są używane wymienione poniżej terminy, należy je rozumieć w następujący sposób:

1. **Agent Ubezpieczeniowy / Bank** – ING Bank Śląski S.A., z siedzibą w Katowicach.
2. **Akt Przemocy** – działanie Ubezpieczonego, które polega na bezprawnym skierowaniu czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko innej osobie oraz powoduje lub może powodować ograniczenie bądź wyłączenie swobody woli tej osoby, ból, chorobę, uszczerbki lub śmierć.
3. **Akt Terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy, lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych.
4. **Dokument Ubezpieczenia** – dokument, który określa najważniejsze postanowienia Umowy Ubezpieczenia, to jest Polisa oraz Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia.
5. **Dzień Płatności Raty Kredytu** – dzień miesiąca, wskazany w Umowie Kredytu, w którym Kredytobiorca zobowiązany jest do zapłaty Raty Kredytu.
6. **Dzień Podwyższenia Salda Zadłużenia** – dzień wypłaty kwoty, która wynika z podwyższenia Salda Zadłużenia albo wypłaty pierwszej transzy tej kwoty, na podstawie aneksu do Umowy Kredytu.
7. **Dzień Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej:**
   a) w pierwszej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, nie wcześniejszy niż dzień uruchomienia Kredytu lub pierwszej transzy Kredytu;
   b) w kontynuowanej Umowie Ubezpieczenia – dzień następny po ostatnim dniu Okresu Ubezpieczenia poprzedniej Umowy Ubezpieczenia.
8. **Dzień Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego:**
   a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – dzień śmierci,
   b) w przypadku Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego:
      - dzień wykonania badania histopatologicznego, którego wynik jest podstawą do postawienia diagnozy – w przypadku Nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania oraz Nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania,
      - dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep albo dzień wykonania przeszczepu narządu jeśli Ubezpieczony nie był na liście biorców – w przypadku Przeszczepu narządów,
      - dzień zabiegu operacyjnego – w przypadku Pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass),
      - dzień postawienia diagnozy, która potwierdza zgodność jednostki chorobowej z definicją Poważnego Zachorowania – w przypadku pozostałych Poważnych Zachorowań,
   c) w przypadku Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – ostatni dzień 12-miesięcznego okresu, o którym mowa w definicji Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
9. **Harmonogram Kredytu** – harmonogram spłaty Kredytu, który stanowi integralną część Umowy Kredytu.
10. **Kredyt** – kredyt hipoteczny, kredyt budowlano-hipoteczny lub kredyt konsolidacyjny hipoteczny, udzielony Kredytobiorcy przez Bank na podstawie Umowy Kredytu zgodnie z regulacjami Banku i przeznaczeniem określonym w procedurach Banku, oraz pożyczka hipoteczna udzielona Kredytobiorcy na podstawie umowy pożyczki zgodnie z regulacjami bankowymi.
11. **Kredytobiorca** – osoba fizyczna posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, z którą Bank zawarł Umowę Kredytu. W przypadku udzielenia Kredytu łącznie kilku osobom, pod pojęciem Kredytobiorcy rozumie się również współkredytobiorcę.
12. **Limit** – maksymalna kwota Kredytu lub Kredytów, dla których Ubezpieczyciel zawrze Umowy Ubezpieczenia, i jednocześnie maksymalna kwota odpowiedzialności Ubezpieczyciela: 700 000 zł. W przypadku Kredytu w walucie obcej kapitał Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość kapitału Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu:
    – złożenia wniosku o Kredyt – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana razem z Umową Kredytu,
    – złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego – jeśli Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w czasie trwania Umowy Kredytu.
13. **Nieszczęśliwy Wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
    a) jest nagłe i nie zależy od woli Ubezpieczonego,
    b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana ani z fizycznym ani psychicznym stanem zdrowia Ubezpieczonego,
    c) występuje w czasie, gdy Ubezpieczony jest objęty Ochroną Ubezpieczeniową.
14. **Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku** – całkowita niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, która:
    a) rozpoczęła się w Okresie Ubezpieczenia,
    b) trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu na podstawie aktualnej wiedzy medycznej ma charakter trwały i nieodwracalny.

    Praca zarobkowa to wszystkie działania Ubezpieczonego, które służą osiąganiu przychodu, niezależnie od tego, w jakiej formie lub na jakiej podstawie Ubezpieczony je podejmuje.
    Za Niezdolność do pracy wskutek nieszczęśliwego wypadku uważa się także Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.
15. **Niezdolność do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku:**
    a) potwierdzony przez lekarza stan, który nie rokuje poprawy i w którym Ubezpieczony nie może samodzielnie wykonywać, przez co najmniej 12 miesięcy, przynajmniej 3 z następujących czynności życia codziennego:
       - kąpiel – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność umycia się,
       - ubieranie się – przez które Ubezpieczyciel rozumie zdolność zakładania i zdejmowania odzieży,
       - przemieszczanie się – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność do przemieszczenia się z łóżka na krzesło lub wózek inwalidzki i z powrotem,
       - korzystanie z toalety – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność kontrolowania funkcji jelita i pęcherza,
       - odżywianie się – przez którą Ubezpieczyciel rozumie zdolność do spożycia posiłku.
    b) całkowita i nieodwracalna utrata wzroku lub co najmniej dwóch kończyn przez Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni; przez utratę Ubezpieczyciel rozumie amputację lub całkowitą i trwałą utratę funkcji organu lub kończyn.
16. **Ochrona Ubezpieczeniowa** – zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z OWU w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego w Okresie Ubezpieczenia.
17. **Okres Ubezpieczenia** – okres udzielania Ochrony Ubezpieczeniowej określony w następujący sposób:
    a) **Pierwszy Okresu Ubezpieczenia** – okres, który:
       - rozpoczyna się w dniu następnym po dniu zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż w dniu uruchomienia Kredytu lub jego pierwszej transzy oraz

- kończy się 31 grudnia roku następującego po roku kalendarzowym, w którym została zawarta pierwsza Umowa Ubezpieczenia,

b) **Kolejny Okres Ubezpieczenia** – każdy kolejny Okres Ubezpieczenia, który rozpoczyna się bezpośrednio po zakończeniu poprzedniego Okresu Ubezpieczenia i trwa 12 miesięcy, o ile:
- nie zostanie złożone oświadczenie o nieprzedłużaniu Umowy Ubezpieczenia i
- Propozycja Kontynuacji zostanie złożona przez Ubezpieczyciela i przyjęta przez Ubezpieczającego.

18. **OWU** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie – Twoja Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A.
19. **Polisa** – dokument, który potwierdza zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia.
20. **Poważne Zachorowanie** – choroba, procedura medyczna lub zaburzenie funkcji organizmu Ubezpieczonego, które zaistniało po raz pierwszy w czasie trwania Ochrony Ubezpieczeniowej, wskazane i zdefiniowane w Załączniku nr 1 do OWU „Definicje Poważnych Zachorowań".
21. **Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia** – oferta składana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu, która określa warunki kontynuowania Umowy Ubezpieczenia.
22. **Rata Kredytu** – miesięczne zobowiązanie pieniężne Kredytobiorcy wobec Banku, którego wysokość i warunki spłaty określone są w Umowie Kredytu. Zobowiązanie to wynika z Harmonogramu Kredytu i obejmuje:
    a) kapitał i odsetki według przewidzianego Umową Kredytu oprocentowania, liczonego od nieprzeterminowanej części kapitału,
    b) jedynie odsetki – w przypadku zastosowania karencji w spłacie kapitału.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej Ratę Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość Raty Kredytu wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego w dniu płatności Raty Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu.
23. **Saldo Zadłużenia** – pozostała do spłaty kwota kapitału Kredytu w dniu:
    a) płatności Składki Ubezpieczeniowej – używane do naliczania tej składki,
    b) śmierci – używane do ustalenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci,
    c) zajścia Nieszczęśliwego Wypadku – używane do ustalenia wysokości świadczenia w przypadku śmierci wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
    d) zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia – używane do ustalenia wysokości Sumy Ubezpieczenia,
    e) przypadającym bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia – używane do ustalenia wysokości świadczenia przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia.

    W przypadku Kredytu w walucie obcej pozostałą do spłaty kwotę kapitału Kredytu oblicza się zgodnie z Umową Kredytu, tj. jako równowartość tej kwoty wyrażoną w złotych polskich, przeliczoną według średniego kursu walut obcych Narodowego Banku Polskiego (NBP), obowiązującego odpowiednio w dniach wskazanych w pkt a) – e).
24. **Składka Ubezpieczeniowa** – składka miesięczna należna z tytułu Umowy Ubezpieczenia, w wysokości ustalonej zgodnie z OWU, do której opłacania zobowiązany jest Ubezpieczający.
25. **Sport Wysokiego Ryzyka** – narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, uprawianie poza wyznaczonymi trasami: narciarstwa (nie dotyczy narciarstwa biegowego), snowboardingu, saneczkarstwa kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping, downhill), sporty walki, wspinaczka (górska lub skałkowa), która wymaga specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakarstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi, czyli na pustynię, w wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), do buszu, dżungli, na Antarktydę albo Arktykę (poza granicę wyznaczoną przez koło podbiegunowe północne), oraz wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego wyprawy na tereny lodowcowe lub tereny powyżej granicy wiecznego śniegu .
26. **Stawka Składki** – wskaźnik procentowy, który służy do obliczania Składki Ubezpieczeniowej i jest wskazany we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz w Dokumencie Ubezpieczenia.
27. **Suma Ubezpieczenia** – kwota wypłacana jako świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu ani Limit.
28. **Ubezpieczający** – Kredytobiorca, który zawarł z Ubezpieczycielem Umowę Ubezpieczenia.
29. **Ubezpieczony** – Kredytobiorca, którego życie jest przedmiotem Umowy Ubezpieczenia. Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym.
30. **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
31. **Ubytki Neurologiczne** – deficyt lub deficyty czynności układu nerwowego, które są spowodowane chorobą lub urazem i są stwierdzane wyłącznie w badaniu przedmiotowym wykonanym przez specjalistę neurologa lub neurochirurga.
    Ubezpieczenie nie obejmuje schorzeń, w przypadku których warunkiem spełnienia definicji Poważnego Zachorowania jest powstanie deficytu lub deficytów czynności układu nerwowego, podczas gdy u Ubezpieczonego wystąpił wyłącznie jeden lub kilka z następujących symptomów:
    a) zmiany, które zostały stwierdzone jedynie w badaniach obrazowych,
    b) bóle głowy, zaburzenia pamięci, zaburzenia koncentracji,
    c) napady padaczkowe,
    d) padaczka alkoholowa,

    bez współistniejących deficytów czynności układu nerwowego, stwierdzonych w przedmiotowym lekarskim badaniu neurologicznym.
32. **Umowa Kredytu** – umowa zawarta pomiędzy Bankiem i Kredytobiorcą, której przedmiotem jest udzielenie Kredytu. Umowa ta określa wysokość oraz warunki spłaty Kredytu.
33. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Ubezpieczenia na Życie – Twoja Ochrona Życia z Allianz dla Kredytobiorców kredytów hipotecznych ING Banku Śląskiego S.A., która jest zawierana pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem na podstawie OWU, w tym:
    a) pierwsza Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia (Wniosek Ubezpieczeniowy) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela,
    b) kontynuowana Umowa Ubezpieczenia, która jest zawierana w trybie złożenia oferty zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Ubezpieczyciela (Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego.
34. **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
35. **Wiek Wstępu** – wiek Kredytobiorcy obliczony jako różnica pomiędzy:
    a) rokiem, w którym został złożony wniosek o zawarcie Umowy Kredytu, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany przy zawieraniu Umowy Kredytu; albo
    b) rokiem, w którym został złożony Wniosek Ubezpieczeniowy, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w czasie trwania Kredytu;

    a rokiem urodzenia Kredytobiorcy.
36. **Wniosek Ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy Ubezpieczenia złożona Ubezpieczycielowi przez Ubezpieczającego. Ofertę tę można złożyć przy zawieraniu Umowy Kredytu albo w czasie trwania tej umowy.
37. **Wyczynowe Uprawianie Sportu** – uprawianie sportu, które polega na:
    a) uczestniczeniu w treningach w ramach organizacji sportowej (niezależnie od formy prawnej tej organizacji) i
    b) udziale we współzawodnictwie sportowym (zawody, mecze, turnieje lub inne imprezy o charakterze sportowym).
38. **Zawodowe Uprawianie Sportu** – Wyczynowe Uprawianie Sportu, które wiąże się z otrzymywaniem wynagrodzenia na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej lub z otrzymywaniem stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.
39. **Zdarzenie Ubezpieczeniowe** – zdarzenie, które jest objęte Ochroną Ubezpieczeniową na warunkach opisanych w OWU:
    a) śmierć Ubezpieczonego,
    b) Poważne Zachorowanie,
    c) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ochrony Ubezpieczeniowej w Umowie Ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenia Ubezpieczeniowe:
   a) śmierć Ubezpieczonego,
   b) Poważne Zachorowanie,
   c) Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,

   przy czym:
   - Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego i Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się w Dniu Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej,
   - Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania kończy się z dniem zajścia Poważnego Zachorowania innego niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, za które Ubezpieczyciel jest zobowiązany wypłacić świadczenie. Z tym samym dniem rozpoczyna się Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4. KWALIFIKACJA DO UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może zawrzeć Umowę Ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli Ubezpieczający musi być jednocześnie osobą ubezpieczoną (Ubezpieczonym).
2. Ubezpieczającym może być wyłącznie pełnoletni Kredytobiorca, którego Wiek Wstępu nie przekracza 50 lat i jednocześnie którego Wiek Wstępu powiększony o okres spłaty Kredytu nie przekracza 75 lat.
3. Ochroną Ubezpieczeniową może zostać objętych nie więcej niż 4 Kredytobiorców w odniesieniu do jednej Umowy Kredytu.
4. Umowa Ubezpieczenia nie może zostać zawarta, jeżeli w dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego Kredytobiorca jest już objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach innej umowy ubezpieczenia dla Kredytobiorców ING Banku Śląskiego zawartej z Ubezpieczycielem i łącznie:
   a) wartość wszystkich udzielonych wcześniej Kredytów, do których zostały zawarte umowy ubezpieczenia,

   oraz
   b) wartość Kredytu, którego dotyczy złożony Wniosek Ubezpieczeniowy

   jest wyższa niż Limit.

§ 5. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na czas określony. Okres Ubezpieczenia jest wskazany w Dokumencie Ubezpieczenia.
2. Pierwsza Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia oferty jej zawarcia przez Ubezpieczającego oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na formularzu Wniosku Ubezpieczeniowego. Umowę Ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą akceptacji Wniosku Ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela. Zawarcie pierwszej Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza Polisą.
3. Ubezpieczyciel może złożyć Ubezpieczającemu Propozycję Kontynuacji Ubezpieczenia. Kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczyciela oferty zawarcia takiej umowy (Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia) oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczającego, z uwzględnieniem następujących zasad:
   a) kontynuowana Umowa Ubezpieczenia jest zawierana na okres 12 miesięcy, ale nie dłużej niż do ostatniego dnia miesiąca, w którym nastąpi rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu.
   b) Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia zostanie złożona Ubezpieczającemu nie później niż na 30 dni przed zakończeniem danego Okresu Ubezpieczenia.
   c) Jeżeli Ubezpieczający najpóźniej w terminie 14 dni przed upływem okresu, na jaki dana Umowa Ubezpieczenia została zawarta, nie złoży oświadczenia o nieprzyjęciu oferty Ubezpieczyciela oraz we wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia terminie opłaci Składkę Ubezpieczeniową, ustaloną na podstawie Stawki Składki wskazanej w tej propozycji, uważa się, że kolejna Umowa Ubezpieczenia została zawarta zgodnie z treścią Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia. W takiej sytuacji Propozycja Kontynuacji Ubezpieczenia stanowi Dokument Ubezpieczenia, który potwierdza zawarcie tej Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeśli Ubezpieczyciel nie przekaże Ubezpieczającemu Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia, to kolejna Umowa Ubezpieczenia nie zostanie zawarta.

§ 6. SPOSÓB USTALANIA I ZAPŁATY SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Miesięczna Składka Ubezpieczeniowa stanowi iloczyn Stawki Składki oraz bieżącego Salda Zadłużenia w Dniu Płatności Raty Kredytu, który przypada w danym miesiącu kalendarzowym.
2. Składka Ubezpieczeniowa jest zaokrąglana do dwóch miejsc po przecinku.
3. Składka Ubezpieczeniowa jest przeznaczona na wykonanie wszystkich zobowiązań Ubezpieczyciela, które wynikają z zawartej Umowy Ubezpieczenia, w tym pokrycie kosztów Ochrony Ubezpieczeniowej, oraz na pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacenia Składki Ubezpieczeniowej za pośrednictwem Agenta Ubezpieczeniowego. Za dzień opłacenia Składki Ubezpieczeniowej uznaje się dzień, w którym Składka Ubezpieczeniowa w pełnej należnej wysokości zostanie przekazana Agentowi.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty pierwszej Składki Ubezpieczeniowej odpowiednio:
   a) w dniu określonym w Umowie Kredytu jako Dzień Płatności Raty Kredytu, który przypada bezpośrednio po dniu uruchomienia Kredytu bądź jego pierwszej transzy,

   albo
   b) w terminie płatności Raty Kredytu z wymagalnością, która według Harmonogramu Kredytu przypada bezpośrednio po dniu złożenia Wniosku Ubezpieczeniowego, jeżeli Wniosek Ubezpieczeniowy jest składany w czasie trwania Kredytu.
6. Kolejne Składki Ubezpieczeniowe płatne są miesięcznie, w terminach przewidzianych dla płatności Rat Kredytu, według Harmonogramu Kredytu.
7. W przypadku braku zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w wymaganym terminie albo zapłaty w niepełnej wysokości Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty tej składki, wyznaczając Ubezpieczającemu dodatkowy termin 7 dni kalendarzowych na jej zapłatę. Brak zapłaty Składki Ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie będzie równoznaczny z rozwiązaniem Umowy Ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający opłaca pierwszą Składkę Ubezpieczeniową należną w Kolejnym Okresie Ubezpieczenia w terminie wskazanym w Propozycji Kontynuacji Ubezpieczenia oraz w wysokości ustalonej na podstawie Stawki Składki, również wskazanej w tym dokumencie.

§ 7. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 30 dni od dnia jej zawarcia. Jeżeli jednak najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego o prawie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający dowiedział się o tym prawie. W przypadku zawarcia Umowy Ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość termin 30-dniowy biegnie od dnia poinformowania Ubezpieczającego o zawarciu Umowy Ubezpieczenia lub od dnia otrzymania informacji wymaganych przepisami ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta, przy zawieraniu umów na odległość – jeśli jest to termin późniejszy.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.
3. Odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy Kredytu oznacza jednocześnie odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę Ubezpieczeniową w pełnej wysokości w terminie 14 dni od dnia złożenia oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy Kredytu.

§ 8. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa Ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi wcześniej:
   a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
   b) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Niezdolności do samodzielnego życia wskutek Nieszczęśliwego wypadku lub Niezdolność do pracy wskutek Nieszczęśliwego wypadku,
   c) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia,
   d) z upływem okresu, na jaki Umowa Ubezpieczenia została zawarta, o ile Umowa Ubezpieczenia nie jest kontynuowana zgodnie z § 5 ust. 3,
   e) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczający złożył oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia,
   f) z dniem bezskutecznego upływu terminu dodatkowego 7 dni na zapłatę Składki Ubezpieczeniowej, wyznaczonego Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela w wezwaniu do zapłaty,
   g) w przypadku wcześniejszej spłaty Kredytu i w związku z tym – rozwiązania Umowy Kredytu, Umowa Ubezpieczenia wygasa:
      - z dniem rozwiązania Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada w dniu lub po dniu spłaty Kredytu,
      - z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu – jeżeli termin płatności Składki Ubezpieczeniowej za miesiąc, w którym nastąpiła spłata Kredytu, przypada przed dniem spłaty Kredytu.
   h) w przypadku rozwiązania Umowy Kredytu zgodnie z Harmonogramem Kredytu Umowa Ubezpieczenia wygasa z ostatnim dniem miesiąca, w którym nastąpiła spłata Kredytu.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę Ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania.
3. Z dniem rozwiązania Umowy Ubezpieczenia wygasa Ochrona Ubezpieczeniowa.

§ 9. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeżeli śmierć Ubezpieczonego, Poważne Zachorowanie, Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku nastąpi:
   a) w wyniku Aktu Terroryzmu – jeśli Ubezpieczony uczestniczył w nim jako sprawca (wszelkie formy sprawstwa), pomocnik lub podżegacz albo wykonywał czynności lub obowiązki służbowe w ramach struktur wojskowych lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku lub bezpieczeństwa publicznego,
   b) w wyniku stanu wojennego, działań wojennych, działań zbrojnych, użycia broni masowego rażenia, masowego skażenia: chemicznego, biologicznego lub wynikającego z działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego, czynnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
   c) w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym,
   d) w związku z udziałem Ubezpieczonego jako sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Aktach Przemocy,
   e) w wyniku samobójstwa Ubezpieczonego w ciągu 2 lat od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia,
   f) w związku z uprawianiem przez Ubezpieczonego Sportu Wysokiego Ryzyka lub Wyczynowego Uprawiania Sportu lub Zawodowego Uprawiania Sportu;
   g) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał Ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego, w rozumieniu tych pojęć określonym przez ustawę – Prawo lotnicze;
   h) w związku ze spożyciem przez Ubezpieczonego alkoholu, zażyciem przez Ubezpieczonego narkotyków lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii) – o ile nie przepisał ich lekarz – lub na skutek ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez Ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków;
   i) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa;
   j) w związku z wykonywaniem przez Ubezpieczonego obowiązków jako:
      - żołnierz, pracownik ochrony z bronią, funkcjonariusz lub osoba wyznaczona do realizacji zadań w ramach jednostek wojskowych lub służb specjalnych instytucji bezpieczeństwa i ochrony państwa,
      - ratownik w ratownictwie: lotniczym, wodnym, górskim, górniczym lub jaskiniowym,
      - sprawozdawca, dziennikarz, fotoreporter w rejonach objętych wojną lub wewnętrznymi konfliktami zbrojnymi,
      - saper, strażak, pirotechnik, nurek;
   k) w związku z pracą Ubezpieczonego:
      - jako artysta cyrkowy, akrobata, opiekun lub treser zwierząt cyrkowych, kaskader,
      - z materiałami wybuchowymi, chemicznymi, toksycznymi, radioaktywnymi lub rakotwórczymi,
      - wykonywaną na wysokości od 15 m wzwyż,
      - na morzu, pod ziemią w przemyśle wydobywczym lub w tunelach, na platformach wiertniczych lub w górnictwie naftowym.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, jeśli śmierć lub Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego:
   a) nastąpi w ciągu 6 miesięcy od dnia zawarcia pierwszej Umowy Ubezpieczenia i
   b) będzie następstwem chorób Ubezpieczonego rozpoznanych lub leczonych w okresie 12 miesięcy poprzedzających zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego jeżeli Poważne Zachorowanie Ubezpieczonego nastąpiło:
   a) w związku z potwierdzonym w dokumentacji medycznej nieprzestrzeganiem zaleceń lekarskich przez Ubezpieczonego,
   b) w wyniku zakażenia Ubezpieczonego HIV.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Świadczenie ubezpieczeniowe w przypadku zajścia śmierci Ubezpieczonego jest równe Sumie Ubezpieczenia.
2. Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia:
   a) z dnia śmierci Ubezpieczonego – w przypadku śmierci z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek;
   b) z dnia zajścia Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego Wypadku w ciągu 180 dni od dnia zajścia tego wypadku, również wtedy gdy Ubezpieczony zmarł po zakończeniu Okresu Ubezpieczenia,

   z zastrzeżeniem poniższych ustępów.
3. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu i Limit.
4. Dla Kredytobiorców, którzy zawierają pierwszą Umowę Ubezpieczenia w czasie trwania Umowy Kredytu, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa 12-krotności Raty Kredytu, która według Harmonogramu Kredytu przypada do spłaty bezpośrednio po dniu śmierci, ale nie może być wyższa niż Saldo Zadłużenia.
5. Dla Kredytobiorców objętych już Ochroną Ubezpieczeniową i podwyższających Saldo Zadłużenia w czasie trwania Umowy Kredytu, przez pierwsze 6 miesięcy od Dnia Podwyższenia Salda Zadłużenia Suma Ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego z innej przyczyny niż Nieszczęśliwy Wypadek jest równa Saldu Zadłużenia zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed Dniem Podwyższenia Salda Zadłużenia.
6. W okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia ustalonemu zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie lub wygaśnięcie Umowy Kredytu.

§ 11. UPRAWNIONY DO ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO I UPOSAŻONY

1. Uprawnionym do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest Uposażony w częściach określonych przez Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać i zmienić Uposażonych oraz określić lub zmienić ich udziały w świadczeniu w każdym czasie trwania Umowy Ubezpieczenia.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym, to udziały te są równe. Jeżeli suma udziałów w świadczeniu ubezpieczeniowym poszczególnych Uposażonych nie jest równa 100%, to udziały tych Uposażonych są proporcjonalne do udziałów wskazanych przez Ubezpieczonego.
4. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli Uposażony nie żyje albo umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego. W takim przypadku udział tego Uposażonego przypada pozostałym Uposażonym w częściach proporcjonalnych do ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego nie ma Uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w tym konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
6. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest w złotych polskich, przelewem na wskazany rachunek bankowy, który należy do uprawnionego do świadczenia albo w inny sposób ustalony z tą osobą.

§ 12. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

1. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Z tytułu Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wypłaci maksymalnie 12-krotność Raty Kredytu, nie więcej niż 60 000 zł.
3. W przypadku Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Suma Ubezpieczenia jest ustalana zgodnie z następującymi zasadami:
   a) jeżeli Poważne Zachorowanie zajdzie w okresie pierwszych 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia stanowi równowartość 1 Raty Kredytu przypadającej do spłaty według Harmonogramu Kredytu bezpośrednio po Dniu Zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego, nie więcej niż 2500 zł;
   b) jeżeli Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania zajdzie po upływie 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia jest równa 1 Racie Kredytu, nie więcej niż 5 000 zł;
   c) jeżeli Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania zajdzie po upływie 90 dni od Dnia Rozpoczęcia Ochrony Ubezpieczeniowej, to Suma Ubezpieczenia jest równa 12-krotności Raty Kredytu, nie więcej niż 60 000 zł.
   Maksymalna wysokość Raty Kredytu, która stanowi podstawę do ustalenia Sumy Ubezpieczenia z tytułu Poważnego Zachorowania wynosi 5 000 zł. W przypadku, gdy Rata Kredytu jest wyższa – odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona do Sumy Ubezpieczenia obliczonej na podstawie maksymalnej wysokości Raty Kredytu.
4. Jeśli Ubezpieczony otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, to Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania trwa nadal i Ubezpieczony może otrzymać kolejne świadczenie ubezpieczeniowe za Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania. Wysokość tego kolejnego świadczenia Ubezpieczyciel obliczy jako różnicę pomiędzy:
   a) 12-krotnością Raty Kredytu, nie wyższą niż 60 000 zł, a
   b) Sumą Ubezpieczenia wypłaconą za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania.

   Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa z dniem zajścia tego kolejnego Poważnego Zachorowania. Świadczenie ubezpieczeniowe za Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania jest wypłacane tylko raz w czasie trwania Umowy Ubezpieczenia.
5. Jeśli Ubezpieczony otrzyma świadczenie ubezpieczeniowe za Poważne Zachorowanie inne niż Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania, to Ochrona Ubezpieczeniowa z tytułu Poważnego Zachorowania wygasa z dniem zajścia tego Poważnego Zachorowania.

§ 13. SUMA UBEZPIECZENIA I ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEGO ŻYCIA WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

1. Uprawnionym do świadczenia jest Ubezpieczony.
2. Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia z dnia zajścia Zdarzenia Ubezpieczeniowego.
3. Suma Ubezpieczenia nie może być wyższa niż kwota udzielonego Kredytu i Limit.
4. W okresie pomiędzy rozwiązaniem Umowy Kredytu a rozwiązaniem lub wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia, Suma Ubezpieczenia jest równa Saldu Zadłużenia ustalonemu zgodnie z Harmonogramem Kredytu obowiązującym bezpośrednio przed dniem, w którym nastąpiło rozwiązanie Umowy Kredytu.

§ 14. ZGŁASZANIE ROSZCZEŃ

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz po wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
2. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel informuje o tym uprawnionych do otrzymania świadczenia oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego tego zdarzenia, 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 Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) skrócony odpis aktu zgonu a także kopię karty zgonu lub dokumentację medyczną, która zawiera informację o przyczynie śmierci. Jeśli nie jest możliwe dostarczenie tych dokumentów, to należy dostarczyć inne, które potwierdzają śmierć i jej przyczynę. Jeśli Zdarzenie Ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Polski, to należy dostarczyć dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia śmierci organy państwa, w którym to zdarzenie nastąpiło,
   c) kopie dokumentów, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku – w przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek Nieszczęśliwego Wypadku,
   d) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne – jeśli uprawniony jest osobą fizyczną.
4. W przypadku Poważnego Zachorowania należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę świadczenia od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne
   c) dokumentację medyczną, która potwierdza wystąpienie Poważnego Zachorowania, tj. dokumentację z diagnostyki, rozpoznania i leczenia, w tym: karty wypisu ze szpitala, dokumentację leczenia ambulatoryjnego, wyniki badań,
   d) inne dokumenty, które dotyczą Poważnego Zachorowania niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. W przypadku Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku należy dostarczyć:
   a) wniosek o wypłatę od osoby, która zgodnie z Umową Ubezpieczenia jest uprawniona do świadczenia,
   b) kopię dokumentu, który potwierdza tożsamość Ubezpieczonego lub potwierdzić tożsamość tej osoby innymi metodami, w tym poprzez środki elektroniczne,
   c) dokumenty, które potwierdzają zajście i okoliczności Nieszczęśliwego Wypadku,

d) dokumenty, które potwierdzają Niezdolność do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolność do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku – orzeczenia lekarskie, zaświadczenia oraz wyniki badań Ubezpieczonego.

6. Gdy Ubezpieczyciel otrzyma wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu Niezdolności do Pracy wskutek Nieszczęśliwego Wypadku lub Niezdolności do Samodzielnego Życia wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, to może skierować Ubezpieczonego na badania analityczne i lekarskie. Badania są wykonywane na koszt Ubezpieczyciela i przez wyznaczonego przez Ubezpieczyciela lekarza. Celem badań jest obiektywne ustalenie stanu zdrowia Ubezpieczonego, i Ubezpieczony ma obowiązek je wykonać.
7. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
8. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia lub powiadomienia Ubezpieczonego lub innej osoby występującej z roszczeniem o odmowie wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.
9. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 8, świadczenie ubezpieczeniowe powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu Ubezpieczeniowym.

§ 15. REKLAMACJE, SKARGI I ZAŻALENIA

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Ubezpieczyciela przez: Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego, uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia lub spadkobiercę posiadającego interes prawny w ustaleniu odpowiedzialności lub spełnieniu świadczenia z Umowy Ubezpieczenia, w których zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Ubezpieczyciela.
2. Reklamację, skargę lub zażalenie na usługi Ubezpieczyciela można złożyć w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa), w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (ul. Sokolska 34, 40-086 Katowice).
3. Można to zrobić:
   a) na piśmie:
      - w postaci papierowej – osobiście w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej), albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe, albo nadając w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej, albo
      - w postaci elektronicznej – z wykorzystaniem formularza dostępnego na stronie internetowej www.allianz.pl lub e-mailem: skargi@allianz.pl albo wysyłając na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22;
   b) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 22 563 21 28, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora), albo osobiście do protokołu podczas wizyty w każdej jednostce obsługującej klientów Ubezpieczyciela lub w siedzibie Ubezpieczyciela, w jednostce obsługującej klientów Agenta Ubezpieczeniowego albo w siedzibie Agenta Ubezpieczeniowego (adresy wskazane wyżej).
4. Postępowaniem wywołanym wniesieniem reklamacji, skargi lub zażalenia zajmie się zarząd Ubezpieczyciela lub osoba, którą zarząd upoważni.
5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację, skargę lub zażalenie i odpowie na nią bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed upływem 30 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenie odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w ciągu 30 dni, Ubezpieczyciel może wydłużyć ten czas do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji, skargi lub zażalenia. W takiej sytuacji Ubezpieczyciel poinformuje osobę, która złożyła reklamację, skargę lub zażalenie jakie są powody wydłużenia terminu i okoliczności, które ustala, aby rozpatrzyć sprawę oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji, skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi.
6. Ubezpieczyciel odpowie na reklamację, skargę lub zażalenie na piśmie:
   a) w postaci papierowej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci papierowej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci elektronicznej;
   b) w postaci elektronicznej – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone na piśmie w postaci elektronicznej, chyba że wniesiono o udzielenie odpowiedzi na piśmie w postaci papierowej. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi:
      - z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej, za pomocą którego złożono reklamację, skargę lub zażalenie, albo innego środka komunikacji elektronicznej wskazanego przez składającego reklamację, skargę lub zażalenie, w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone z wykorzystaniem środka komunikacji elektronicznej;
      - na adres składającego reklamację, skargę lub zażalenie do doręczeń elektronicznych, wpisany do bazy adresów elektronicznych – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały wysłane na adres do doręczeń elektronicznych;
   c) w postaci papierowej albo elektronicznej, zgodnie z wnioskiem składającego reklamację, skargę lub zażalenie – w przypadku, gdy reklamacja, skarga lub zażalenie zostały złożone ustnie.
7. Informacje o postępowaniu reklamacyjnym, skargowym i zażaleniowym Ubezpieczyciel udostępnia na stronie internetowej www.allianz.pl oraz w jednostkach obsługujących klientów.
8. Osoby fizyczne mogą złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego.
9. Podmiotem uprawnionym w rozumieniu ustawy o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich, właściwym dla Ubezpieczyciela do pozasądowego rozwiązywania sporów jest Rzecznik Finansowy (w tym postępowaniu Ubezpieczyciel ma obowiązek uczestniczyć) oraz Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (udział Ubezpieczyciela w tym postępowaniu wymaga zgody Ubezpieczyciela). Adres strony internetowej Rzecznika Finansowego to: www.rf.gov.pl/polubowne. Adres strony internetowej Sądu Polubownego przy KNF to: www.knf.gov.pl/dla_konsumenta/sad_polubowny.

§ 16. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

1. Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna jest administratorem danych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie.
2. Dane Ubezpieczonych są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
3. Dane Ubezpieczających są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, oraz w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia.
4. Dane osób uprawnionych do otrzymania świadczenia są przetwarzane na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest wykonanie Umowy Ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej.
5. Dane potencjalnych klientów są przetwarzane na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, lub przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej lub prawnie uzasadnionego interesu zakładu ubezpieczeń, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe klientów Ubezpieczyciela mogą zostać przekazane następującym odbiorcom danych: innym ubezpieczycielom i reasekuratorom w zakresie i celu wynikającym z zawartych umów ubezpieczenia, Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu oraz innym podmiotom w celach marketingowych, pod warunkiem uzyskania zgody osoby, której dane dotyczą.
7. Dane osobowe mogą być przekazane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na nasze zlecenie, m.in.: agentom ubezpieczeniowym, orzecznikom medycznym, podmiotom świadczącym usługi assistance, centrom telefonicznym, podmiotom świadczącym usługi pocztowe, dostawcom usług IT, przy czym takie podmioty

przetwarzają dane na podstawie umów zawartych z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora

8. Dane osobowe Ubezpieczyciel zbiera od osoby, której dotyczą, poprzez formularze wniosków ubezpieczeniowych, formularze zmiany danych, formularze zgłoszenia roszczenia oraz inne dokumenty związane z zawarciem i wykonaniem Umowy Ubezpieczenia.
9. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, a w szczególności na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, dane osobowe ubezpieczonych mogą zostać uzyskane od: innych ubezpieczycieli, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne) oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą, w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia.
10. Administrator danych jest częścią grupy Allianz, która prowadzi działalność o globalnym zasięgu. Ze względu na charakter i zakres oferowanych usług, dane osobowe w uzasadnionych przypadkach mogą zostać przekazane podmiotom mającym siedzibę poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (EOG). Jeżeli ww. kraje nie zostały uznane przez Komisję Europejską za zapewniające odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, administrator wdraża odpowiednie zabezpieczenia w celu zapewnienia właściwego stopnia ochrony danych osobowych. Należą do nich w szczególności standardowe klauzule umowne zatwierdzone przez Komisję Europejską oraz wiążące reguły korporacyjne zatwierdzone przez właściwy organ nadzoru. Powyższe środki służą realizacji Pani/Pana praw dotyczących danych osobowych oraz zapewnieniu skutecznej ochrony prawnej. Administrator na Pani/Pana wniosek udostępni kopię tych zabezpieczeń.
11. Dane osobowe będą przetwarzane do dnia przedawnienia roszczeń, które wynikają z Umowy Ubezpieczenia, oraz do zakończenia okresu, który wskazuje ustawa o rachunkowości i ustawa o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
12. Osoba, której dane dotyczą, ma prawo:
    a) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają dane, które przetwarza administrator,
    b) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
    c) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem,
    d) otrzymać wyjaśnienia na temat podstaw zautomatyzowanej decyzji, zakwestionować tę decyzję, wyrazić własne stanowisko oraz żądać rozpatrzenia sprawy i podjęcia decyzji przez naszego pracownika,
    e) wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych,
    f) wycofania zgody w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania danych osobowych jest zgoda. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem,
    g) przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od administratora informacji o przetwarzanych danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego, w zakresie, w jakim dane są przetwarzane w celu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia lub na podstawie zgody. Przekazane dane osobowe osoba, której dane przetwarzamy może przesłać innemu administratorowi danych.
13. Szczegółowy opis sposobu przetwarzania danych osobowych został umieszczony na stronie internetowej Ubezpieczyciela, w Polityce prywatności.

§ 17. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo polskie.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia można wytoczyć:
    a) według przepisów o właściwości ogólnej – tj. zgodnie z kodeksem postępowania cywilnego,
    b) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
    c) przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.
3. Do świadczeń wypłacanych przez Ubezpieczyciela mają zastosowanie powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w tym w szczególności przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe informacje dotyczące opodatkowania świadczeń są wskazane we Wniosku Ubezpieczeniowym oraz Polisie.
4. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający zobowiązani są informować siebie nawzajem o wszelkich zmianach swojego adresu do korespondencji.
5. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest ogłaszane na stronie internetowej Ubezpieczyciela oraz jest dostępne w biurze Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa).
6. Oświadczenia, zawiadomienia i dyspozycje, które dotyczą Umowy Ubezpieczenia można składać:
    a) na piśmie – dostarczyć osobiście w biurze Ubezpieczyciela (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
    b) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na stronie internetowej Ubezpieczyciela allianz.pl albo
    c) w inny uzgodniony z Ubezpieczycielem sposób.
    Reklamację można złożyć w sposób wskazany w § 15 Reklamacje. Oświadczenie dotyczące odstąpienia od Umowy można złożyć w dowolnej formie.

    Dyspozycje muszą zawierać dane, które umożliwiają identyfikację osoby, która je składa.
7. Językiem stosowanym przy zawarciu oraz realizacji Umowy Ubezpieczenia jest język polski.
8. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty urzędowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
9. Korespondencję związaną z Umową Ubezpieczenia Ubezpieczyciel przesyła na ostatni podany przez Ubezpieczającego adres albo ostatni podany adres e-mail – jeśli Ubezpieczający zgodził się na taką formę albo w inny uzgodniony z nim sposób.
10. Korespondencję, która dotyczy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel kieruje:
    a) na ostatni znany adres Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia,
    b) na ostatni adres e-mail, który te osoby podały – jeśli zgodziły się na taką formę – albo
    c) w inny uzgodniony z tymi osobami sposób.
11. Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zapewnia częściowe zaspakajanie roszczeń osób uprawnionych z umów ubezpieczenia na życie w sytuacjach wskazanych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu nr 159/2026 i obowiązują od 22 listopada 2026 r.

Załącznik nr 1

POWAŻNE ZACHOROWANIA OBJĘTE UBEZPIECZENIEM I ICH DEFINICJE

Załącznik nr 1 jest integralną częścią OWU.

1	**Nowotwór złośliwy w wysokim stopniu zaawansowania** – guz o charakterze złośliwym, który charakteryzuje się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem komórek nowotworowych oraz powoduje naciekanie, niszczenie prawidłowych tkanek lub przerzuty odległe. Ubezpieczenie obejmuje także chłoniaki złośliwe, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), zespoły mielodysplastyczne (MDS), białaczki, zespoły mieloproliferacyjne w stadium akceleracji choroby lub w stadium schyłkowym oraz czerniaka złośliwego skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania według klasyfikacji Clarka lub Breslowa. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w wysokim stopniu zaawansowania musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje: a) nowotworów, które spełniają definicję nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości, b) guzów granicznych jajnika w stopniu IA ani IB według klasyfikacji FIGO (fr. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, edycja 2014 i następne). Ubezpieczenie nie obejmuje: c) nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, d) mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
2	**Nowotwór złośliwy w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości** – ogniskowy, miejscowy rozrost komórkowy, który nie powoduje naciekania sąsiednich tkanek ani przerzutów odległych albo jest zmianą o niskim potencjale złośliwości. Ubezpieczenie obejmuje następujące nowotwory złośliwe w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości: a) rak przedinwazyjny – carcinoma in situ (Tis) według klasyfikacji TNM (The American Joint Committee on Cancer – AJCC, 8th Edition of the TNM Classification i następnych) wszystkich narządów poza skórą, b) czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania nie wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM lub analogicznym stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa, c) nowotwór gruczołu krokowego o złośliwości według sumy Gleasona mniejszej niż 7 i bez określonego przez histopatologa stopnia zaawansowania w klasyfikacji pTNM (także taki, który opisano według klasyfikacji klinicznej TNM jako T1N0M0, w tym T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0), d) rak brodawkowaty lub pęcherzykowy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 (w tym T1aN0M0, T1bN0M0) według klasyfikacji TNM, e) następujące zespoły mieloproliferacyjne w stadium łagodnym, czyli przed akceleracją choroby wymagającą intensyfikacji leczenia lub przejściem choroby w stadium schyłkowe: nadpłytkowość samoistna, czerwienica prawdziwa, f) zmiany złośliwe o niskim potencjale złośliwości lub nieinwazyjne. Rozpoznanie nowotworu złośliwego w niskim stopniu zaawansowania lub o niskim potencjale złośliwości musi być potwierdzone wynikiem badania histopatologicznego. W zakresie tego Poważnego Zachorowania ubezpieczenie nie obejmuje guzów granicznych jajnika. Ubezpieczenie nie obejmuje: • dysplazji, • zmian przedrakowych, • nowotworów skóry, chyba że jest to czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania wskazanym powyżej w tej definicji, • mięsaków Kaposiego, chłoniaków nieziarniczych ani raka szyjki macicy u osoby z uprzednio zdiagnozowaną infekcją HIV. Jeżeli opis TNM w badaniu histopatologicznym zawiera literę X, to dla celów tej definicji przyjmuje się, że literę X zastępuje cyfra 0, chyba, że w toku dalszych ocen histopatologicznych lub klinicznych nastąpią inne ustalenia
3	**Łagodny nowotwór mózgu leczony operacyjnie lub powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – wewnątrzczaszkowy guz mózgu, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych o charakterze niezłośliwym, który został usunięty neurochirurgicznie lub był leczony radioterapią lub – w przypadku zaniechania operacji / radioterapii – spowodował trwałe Ubytki Neurologiczne, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania. Guz stwierdza neurolog lub neurochirurg na podstawie badań obrazowych: tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI). Ubezpieczenie nie obejmuje: guzów przysadki o średnicy poniżej 10 mm, ziarniniaków, tętniaków, krwiaków, ropni ani zmian w obrębie rdzenia kręgowego.
4	**Świeży zawał serca** – ostre uszkodzenie mięśnia sercowego z klinicznymi cechami świeżego niedokrwienia mięśnia sercowego. Podstawą do stwierdzenia świeżego zawału serca jest wzrost lub spadek stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi, z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu górnej granicy referencyjnej, ze współistnieniem co najmniej jednego z poniższych klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: a) objawy niedokrwienia mięśnia sercowego, b) obecność nowych niedokrwiennych zmian w elektrokardiogramie, w tym: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa, c) pojawienie się patologicznych załamków Q w elektrokardiogramie, d) uwidocznienie w badaniach obrazowych nowego ubytku żywotnego mięśnia sercowego lub nowych regionalnych zaburzeń czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej, e) obecność skrzepliny w tętnicy wieńcowej uwidoczniona badaniem angiograficznym. Ubezpieczenie nie obejmuje: • niestabilnej choroby wieńcowej, epizodów dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris) ani innych postaci ostrych incydentów wieńcowych, w tym ostrego zespołu wieńcowego, któremu nie towarzyszy rozpoznanie zawału serca, • zawału serca typu 3 według konsensusu z 2018 r. Wspólnej Grupy Roboczej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, American College of Cardiology, American Heart Association i World Heart Federation ds. Uniwersalnej Definicji Zawału Serca, • zawału serca przebytego w nieokreślonej przeszłości, który nie spełnia kryteriów świeżego zawału serca, w tym kryterium dotyczącego wzrostu lub spadku stężenia troponin sercowych (cTn) we krwi.

5 **Udar mózgu powodujący trwałe Ubytki Neurologiczne** – martwica tkanki mózgowej (również móżdżku i rdzenia przedłużonego), którą wywołuje przerwanie dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej (również krwotok podpajęczynówkowy), przy współistnieniu wszystkich poniższych okoliczności:
- nagłe wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu,
- obecność nowych trwałych Ubytków Neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym, które utrzymują się dłużej niż 3 miesiące od dnia wystąpienia Poważnego Zachorowania,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla świeżego udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej (CT) lub rezonansu magnetycznego (MRI).

Ubezpieczenie nie obejmuje:
- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
- zawału mózgu ani krwawienia śródczaszkowego na skutek urazu spowodowanego Nieszczęśliwym Wypadkiem,
- patologii naczyń krwionośnych powodujących zaburzenia widzenia (w tym zawału nerwu wzrokowego lub siatkówki),
- innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi, bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych (w tym udaru mózgu – nawet rozpoznanego w czasie pobytu w Szpitalu lub przez neurologa, ale który miał miejsce w bliżej nieokreślonej przeszłości, czyli bez wystąpienia nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających temu schorzeniu).

6 **Schyłkowa niewydolność nerek leczona przewlekłą dializoterapią** – schyłkowe stadium choroby nerek, które wyraża się całkowitym, nieodwracalnym i nierokującym poprawy upośledzeniem czynności obu nerek, które spowodowało rozpoczęcie przewlekłej dializoterapii.
Schyłkową niewydolność nerek stwierdza nefrolog.
Poważnym Zachorowaniem nie jest ostra niewydolność nerek, która wymaga okresowej dializoterapii.

7 **Przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki albo szpiku kostnego** – zabieg operacyjny, który następuje w stanie nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności lub choroby narządu i który jest najodpowiedniejszym sposobem leczenia. Podczas tego zabiegu Ubezpieczonemu, jako biorcy, zostaje przeszczepione serce, płuco, wątroba, trzustka, nerka albo szpik kostny. W przypadku przeszczepu szpiku kostnego Poważnym Zachorowaniem jest zastosowanie komórek macierzystych krwi, po całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy z powodu choroby hematologicznej szpiku. Poważnym Zachorowaniem jest także fakt zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców, którzy oczekują na przeszczep któregokolwiek z wymienionych narządów.
Ubezpieczenie nie obejmuje:
a) przeszczepu innego narządu niż wymienione,
b) przeszczepu wysp trzustkowych ani
c) przeszczepu wykorzystującego komórki macierzyste, poza wyżej opisanym przypadkiem.

8 **Pomostowanie aortalno-wieńcowe (bypass)** – operacja chirurgiczna z otwarciem klatki piersiowej w celu zlikwidowania zwężenia lub niedrożności co najmniej jednej tętnicy wieńcowej przez wszczepienie pomostu omijającego. Operację tę poprzedza badanie, które wykazuje zwężenie tętnicy wieńcowej. Konieczność przeprowadzenia operacji, jako najlepszego sposobu leczenia, stwierdza kardiolog.
Ubezpieczenie nie obejmuje przezskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA), ani innych zabiegów na tętnicach wieńcowych, które są wykonywane od strony światła tętnicy wieńcowej i które wykorzystują techniki cewnikowania naczyń wieńcowych, w tym techniki laserowe.

9 **Całkowita i nieodwracalna utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach (ostrość widzenia=0 z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji). Utrata ta musi być spowodowana chorobą lub urazem w wyniku Nieszczęśliwego Wypadku.
Całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku stwierdza okulista.
Ubezpieczenie nie obejmuje utraty wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym.

10 **Sepsa (posocznica) leczona w Szpitalu** – dysfunkcja wielonarządowa, która zagraża życiu oraz:
a) jest spowodowana zaburzoną regulacją odpowiedzi ustroju na zakażenie i
b) spełnia aktualne kryteria rozpoznawania sepsy wg konsensusu Sepsis-3 lub wg nowszych wytycznych, które są kontynuacją tego konsensusu i
c) jest leczona w Szpitalu.
Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków obecności drobnoustrojów (bakterii, wirusów lub grzybów) we krwi bez współistnienia ww. dysfunkcji narządowej spełniającej kryteria rozpoznania sepsy (wg Sepsis-3).

11 **Oparzenie co najmniej 20% powierzchni ciała** – uszkodzenie skóry, które powstało w wyniku poparzenia 3-go stopnia i które obejmuje co najmniej 20% powierzchni ciała.
Rozpoznanie musi określać stopień i zakres oparzenia zgodnie z obowiązującymi standardami klinicznymi.

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Inflancka 4B
00-189 Warszawa

Infolinia: +48 22 563 21 28 opłata zgodna z taryfą danego operatora
www.allianz.pl

Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie, ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000002561, NIP: 526-020-99-75, REGON 010587003, wysokość kapitału zakładowego: 95 480 000 złotych (wpłacony w całości).

ZYINGTO-004 11/26