

Ogólne warunki ubezpieczenia  
następstw nieszczęśliwych  
wypadków kierowcy  
i pasażerów

# Wypadki

# Ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów

## Artykuł 1

### Postanowienia ogólne. Definicje

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowcy i pasażerów, zwane dalej o.w.u., mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Polska Spółka Akcyjna, zwane dalej zakładem ubezpieczeń, z osobami fizycznymi, prawnymi oraz jednostkami organizacyjnymi, które nie posiadają osobowości prawnej, zwanymi dalej Ubezpieczającymi.
2. Na podstawie niniejszych o.w.u. Zakład Ubezpieczeń zawiera umowy ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków kierowców i pasażerów powstających w związku z ruchem pojazdów mechanicznych zaopatrzonych w tablice rejestracyjne wydane w Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Definicje
  - 1) **Ubezpieczony** – kierowca i pasażerowie pojazdu wskazanego w umowie ubezpieczenia, jeżeli w chwili zdarzenia ich liczba nie przekracza liczby określonej w dowodzie rejestracyjnym.
  - 2) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna lub prawna albo jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierająca umowę ubezpieczenia następstw

nieszczęśliwych wypadków związanych z ruchem pojazdu mechanicznego.

- 3) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał trwałego uszkodzenia ciała, trwałego uszczerbku na zdrowiu lub zmarł.
- 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zmiany chorobowe pourazowe, które według wiedzy lekarza orzekającego pozostaną w ustalonym i nie zmienionym stopniu przez co najmniej 12 miesięcy od wypadku.
- 5) **Inwalidztwo** – trwałe upośledzenie funkcji fizycznych potwierdzone orzeczeniem lekarza, związane z orzeczeniem uszczerbku na zdrowiu na podstawie „*Tabeli oceny powypadkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz*” lub „*Ograniczonej tabeli oceny powypadkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz*“, zatwierdzonych uchwałami Zarządu Allianz, obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 6) **Uposażony** – osoba lub osoby wskazane pisemnie przez Ubezpieczonego do otrzymania przyznanego świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego. W przypadku niewskazania uposażonego stosuje się normy umowy (art. 5 ust. 12 o.w.u.)
- 7) **Pojazd mechaniczny** – zarejestrowane : pojazd samochodowy, ciągnik rolniczy, motorower lub przyczepa stosownie do przepisów prawa o ruchu drogowym; pojazd wolnobieżny w rozumieniu przepisów prawa o ruchu drogowym.
- 8) **Ruch pojazdu mechanicznego** – sytuacja zaistniała, gdy pojazd porusza się wskutek pracy silnika lub siłą bezwładności.

- 9) **Wsiadanie do pojazdu** – czynności jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie od momentu otwarcia drzwi z zewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się wewnątrz pojazdu.
- 10) **Wysiadanie z pojazdu** – czynności jakie muszą wykonać kierowca lub pasażerowie pojazdu od momentu otwarcia drzwi wewnątrz pojazdu do momentu znalezienia się na zewnątrz pojazdu.

## Artykuł 2

### Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Zakład Ubezpieczeń obejmuje ochroną ubezpieczeniową, w zależności od wybranego przez ubezpieczającego wariantu, kierowcę lub kierowcę i pasażerów pojazdu wskazanego w umowie. W razie wypadku określonego poniżej spełni świadczenie wskazane umową.
2. Przedmiotem umowy ubezpieczenia są trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków powstałych:
  - 1) w związku z ruchem pojazdu,
  - 2) podczas wsiadania i wysiadania z pojazdu,
  - 3) bezpośrednio przy jego załadunku lub wyładunku,
  - 4) podczas zatrzymania pojazdu, postoju pojazdu na trasie jazdy lub naprawy pojazdu na trasie jazdy.
3. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje trwałe następstwa nieszczęśliwych wypadków określonych w art. 2 ust. 2 zaistniałych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i poza jej granicami.
4. Liczba osób przewożonych w pojeździe nie może przekroczyć liczby osób określonej w dowodzie rejestracyjnym pojazdu.

## Artykuł 3

### Wyłączenia odpowiedzialności

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje następujących wypadków:

- 1) w odniesieniu do kierowcy i pasażerów:
  - a) spowodowanych zaburzeniami ich umysłu lub świadomości, także gdy są one wynikiem użycia alkoholu, narkotyków, innych substancji toksycznych o podobnym działaniu i leków;
  - b) którym Ubezpieczony uległ, popełniając lub usiłując popełnić przestępstwo;
  - c) spowodowanych z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa;
  - d) powstałych na terenach objętych działaniami wojennymi o zasięgu lokalnym bądź międzynarodowym, a także działań będących konsekwencją aktywnego udziału w strajkach, rozruchach lub zamieszkach;
  - e) spowodowanych bezpośrednio lub pośrednio energią jądrową lub promieniowaniem radioaktywnym;
  - f) spowodowanych samobójstwem, próbą samobójczą, samookaleczeniem, okaleczeniem na własną prośbę;
  - g) związanych z udziałem w wyścigach samochodowych, konkursach, rajdach, treningach, podczas jazd próbnych do wyścigów, rajdów, a także podczas prób szybkościowych;
  - h) jeżeli liczba osób przewożonych w pojeździe w chwili wypadku przekroczyła liczbę osób określoną w dowodzie rejestracyjnym pojazdu;

2) w odniesieniu do kierowcy pojazdu mechanicznego: w czasie kierowania przez niego pojazdem bez ważnego prawa jazdy (dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem wymienionym w dowodzie ubezpieczenia), w stanie nietrzeźwości, po użyciu alkoholu, pod wpływem narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

3) w odniesieniu do pasażera :

- a) będącego w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, jeżeli stan po użyciu alkoholu, stan nietrzeźwości, zażycie narkotyków, środków lub substancji miał wpływ na zaistnienie wypadku;
  - b) który świadomie podjął jazdę z kierowcą prowadzącym pojazd mechaniczny w stanie nietrzeźwości albo w stanie po użyciu alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o narkomanii.
2. Na podstawie umowy ubezpieczenia Zakład Ubezpieczeń nie jest zobowiązany do świadczeń, których kwota nie przekroczyłaby zgodnie z umową 250 zł (fransyza integralna) z tytułu skutków jednego wypadku.
  3. Zakres ubezpieczenia obejmuje jedynie wskazane w umowie świadczenia, w żadnym razie zakres ubezpieczenia nie obejmuje roszczeń o zadośćuczynienie za doznane krzywdy, ból i cierpienie fizyczne czy moralne, jak również strat materialnych wynikających z utraty lub uszkodzenia rzeczy należących do Ubezpieczonego.

## **Artykuł 4**

### **Umowa ubezpieczenia, rodzaje i wysokość świadczeń**

1. Jeżeli strony nie umówiły się inaczej, umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie pisemnego wniosku na okres jednego roku (ubezpieczenie roczne).
2. Zawarcie umowy ubezpieczenia potwierdza się dokumentem ubezpieczenia – polisą.
3. Sumy ubezpieczenia dla każdej ubezpieczonej osoby określone są w następujący sposób :
  - 1) suma ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa wynosi 10 000 zł dla każdej ubezpieczonej osoby.

- 2) Suma ubezpieczenia w przypadku podwójnego świadczenia inwalidzkiego wynosi 20 000 zł dla każdej ubezpieczonej osoby.
- 3) Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wynosi 5000 zł.
4. Ubezpieczeniem objęte są świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, do którego doszło w wyniku nieszczęśliwego wypadku, lub zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, przy czym świadczenie zostanie wypłacone w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 5.
5. Jeśli w wyniku wypadku powstanie trwały uszczerbek określony w wysokości przynajmniej 90%, to Ubezpieczonemu przysługuje podwójne świadczenie na wypadek inwalidztwa, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w umowie ubezpieczenia. Za podwójne świadczenie na wypadek inwalidztwa uznaje się kwotę naliczoną od sumy ubezpieczenia w przypadku podwójnego świadczenia inwalidzkiego, zgodnie z orzeczonym procentem uszczerbku na zdrowiu.
6. Zakład Ubezpieczeń refunduje powstałe na terenie Rzeczypospolitej Polskiej i udokumentowane oryginałami imiennych rachunków koszty leczenia (uznane za konieczne przez lekarza Zakładu Ubezpieczeń), poniesione w związku z wypadkiem objętym ubezpieczeniem, do łącznej wysokości 10% sumy ubezpieczenia określonej umową ubezpieczenia. Refundacji podlegają koszty, które zostały poniesione do 24 miesięcy od daty wypadku i związane są z leczeniem następstw zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. Jako koszty leczenia uznaje się odpowiednio:
  - 1) koszty leczenia szpitalnego/ambulatoryjnego,
  - 2) koszty medykamentów,

- 3) koszty protez,
  - 4) koszty środków opatrunkowych,
  - 5) koszty transportów wymaganych w związku ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
  - 6) koszty zdjęć rentgenowskich,
  - 7) honoraria lekarskie.
7. W ramach kosztów leczenia nie są refundowane koszty artykułów żywnościowych i używek, podróży i pobytów w celach leczniczych w sanatoriach, uzdrowiskach oraz kosztów pielęgnacji chorych.
8. Zakład Ubezpieczeń może odstąpić od refundacji tych kosztów leczenia, które zostały uznane za bezzasadne przez lekarza Zakładu Ubezpieczeń.
9. Jeżeli Ubezpieczony, który uległ wypadkowi, był ubezpieczony na podstawie kilku umów ubezpieczenia, to świadczenie z tytułu kosztów leczenia nie może przekraczać rzeczywistych i udokumentowanych wydatków na ten cel. Zakład Ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z tytułu kosztów leczenia, które zostały zrefundowane w ramach innych umów ubezpieczeń.

## Artykuł 5

### Ustalanie i wypłata świadczeń

1. Wysokość świadczenia z tytułu ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków ustala się po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy nieszczęśliwym wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu lub śmiercią.
2. Świadczenie przysługuje Ubezpieczonemu na podstawie ustalonego stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu i zostanie wypłacone w takim procencie sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu, maksymalnie jednak do wysokości sumy określonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem art. 4 ust. 5.

3. Niezależnie od świadczeń objętych umową Zakład Ubezpieczeń zwraca Ubezpieczonemu niezbędne wydatki poniesione na przejazd na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Zakład Ubezpieczeń lekarzy. W przypadku starania się o refundację kosztów przejazdu, zasadność wyboru środka transportu innego niż komunikacja publiczna, rozpatrywana jest w oparciu o jednoznaczną opinię lekarza wskazanego przez Zakład Ubezpieczeń.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest niezwłocznie po całkowitym zakończeniu leczenia, z włączeniem rehabilitacji, nie później jednak niż 24 miesiące od dnia wypadku. Po upływie tego okresu zmiana stopnia trwałego uszczerbku nie daje podstaw do zmiany wysokości świadczenia.
5. Ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu dokonują lekarze wskazani przez Zakład Ubezpieczeń na podstawie Tabeli oceny powypadkowego trwałego uszczerbku na zdrowiu Allianz zatwierdzonej uchwałą zarządu Zakładu Ubezpieczeń, obowiązującej w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i stanowiącej jej integralną część.
6. Przy ustaleniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
7. Jeżeli wskutek wypadku, została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie uszczerbku na zdrowiu zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% uszczerbku na zdrowiu.
8. Jeżeli w wyniku wypadku zostaną upośledzone organy lub zmysły, których funkcje przed wypadkiem były ograniczone, to stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się w wysokości różnicy między stopniem istniejącym przed wypadkiem i po wypadku.

9. W przypadku zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego, stopień uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego byłby stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
10. W sytuacji, gdy ciągu 1 roku po wypadku nastąpi śmierć ubezpieczonego, która będzie miała bezpośredni związek z wypadkiem, świadczenie na wypadek uszczerbku na zdrowiu nie przysługuje. Jeżeli jednak świadczenie to zostało już wypłacone, to świadczenie na wypadek śmierci zostaje pomniejszone o uprzednio wypłaconą kwotę. Zakładowi Ubezpieczeń nie przysługuje roszczenie o zwrot kwoty świadczenia na wypadek trwałego uszczerbku na zdrowiu, przekraczającej kwotę należną z tytułu śmierci.
11. Jeżeli Ubezpieczony zmarł z powodów nie związanych z wypadkiem, a stopień uszczerbku na zdrowiu nie został określony, to przypuszczalny stopień uszczerbku na zdrowiu określają lekarze wskazani przez Zakład Ubezpieczeń.
12. Prawo do świadczenia w przypadku śmierci przysługuje, jeżeli śmierć spowodowana jest zdarzeniem objętym ubezpieczeniem i nastąpiła do 24 miesięcy po jego zajściu.
13. Prawo do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przysługuje – na podstawie przedłożonego oryginału aktu zgonu Ubezpieczonego i innych dokumentów wymaganych przez Zakład Ubezpieczeń – osobie wyznaczonej imiennie (Uposażonemu), lub w przypadku jej braku w następującym porządku:
  - 1) współmałżonkowi ubezpieczonej osoby, jeśli nie ma osoby uposażonej,
  - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli nie ma współmałżonka,
  - 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli nie ma dzieci Ubezpieczonego,

- 4) spadkobiercom, jeśli nie ma wyżej wymienionych osób.
14. Świadczenie wynikające z umowy ubezpieczenia wypłacane jest w złotych polskich.
15. Jeżeli nie umówiono się inaczej, Zakład Ubezpieczeń zobowiązany jest wypłacić świadczenia przysługujące z tytułu umowy w terminie 30 dni, licząc od daty zgłoszenia wypadku.
16. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Zakład Ubezpieczeń albo wysokości świadczenia będzie niemożliwe w terminie 30 dni od daty zgłoszenia wypadku, to świadczenie powinno być wypłacone w terminie 14 dni od chwili, gdy przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności byłoby możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Zakład Ubezpieczeń powinien wypłacić w terminie przewidzianym w art. 5 ust. 15.
17. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Zakład Ubezpieczeń jest zobowiązany do pisemnego powiadomienia o tym fakcie Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej, z równoczesnym wskazaniem okoliczności i podstawy prawnej uzasadniającej odmowę wypłaty świadczenia.

## Artykuł 6

### Początek i koniec odpowiedzialności

1. Jeżeli nie umówiono się inaczej, ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od daty podanej w umowie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po opłaceniu składki.
2. Odpowiedzialność Zakładu Ubezpieczeń kończy się wskutek rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
- 1) z upływem okresu, na jaki zawarto ubezpieczenie,

- 2) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
  - 3) z chwilą wyrejestrowania pojazdu,
  - 4) z dniem zbycia pojazdu,
  - 5) w razie nieopłacenia składki lub raty składki z upływem terminu płatności składki określonego w dokumencie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 30 dni dla osób fizycznych i 7 dni dla przedsiębiorców, od daty zawarcia umowy. Odstąpienie od umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w jakim Zakład Ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku wpłaty składki przez Ubezpieczającego przysługuje wówczas zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia.

## Artykuł 7

### Składka ubezpieczeniowa

1. Składkę ubezpieczeniową oblicza się według taryfy składek obowiązującej w dniu zawarcia umowy.
2. O ile nie umówiono się inaczej, składkę opłaca się z góry za cały okres ubezpieczenia.
3. Nieopłacenie składki lub jej raty w terminie określonym w umowie ubezpieczenia powoduje rozwiązanie umowy.
4. W przypadku przedterminowego zakończenia umowy Zakładowi Ubezpieczeń przysługuje składka za okres, w którym udzielał on ochrony ubezpieczeniowej.
5. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki w przypadku odstąpienia od umowy ubezpieczenia przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot składki następuje w pełnej wysokości, bez pobrania kosztów administracyjnych.
6. W przypadku wystąpienia o zwrot składki Ubezpieczający jest zobowiązany złożyć do Zakładu Ubezpieczeń oświad-

czeniu, czy w trakcie ochrony ubezpieczeniowej miało miejsce zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową. W przypadku zajścia zdarzenia w okresie, w którym Zakład ponosił odpowiedzialność, cała składka naliczona przy zawieraniu umowy jest wymagalna. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie ubezpieczenia zaistniało zdarzenie, w związku z którym Zakład Ubezpieczeń wypłacił lub jest zobowiązany do wypłaty świadczenia.

7. W przypadku odstąpienia lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia.
8. Wysokość składki podlegającej zwrotowi ustala się proporcjonalnie do nie wykorzystanego miesięcznego okresu ubezpieczenia. Rozpoczęty miesiąc, w którym Zakład Ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność, uważa się za pełny i wykorzystany.
9. Przy dokonywaniu zwrotu składki potrąca się 10% kwoty podlegającej zwrotowi tytułem kosztów administracyjnych. Potrącenia kosztów administracyjnych nie stosuje się w przypadku zwrotu składki, jeżeli zostaje ona zgodnie z pisemnym wnioskiem Ubezpieczającego zaliczona na poczet innego ubezpieczenia NNW kierowców i pasażerów zawartego przez Ubezpieczającego w Zakładzie Ubezpieczeń, a także w przypadku, gdy odstąpienie od umowy nastąpiło zgodnie z art. 6 ust. 4 o.w.u.
10. Warunkiem zwrotu składki jest zwrot oryginału umowy ubezpieczenia.

## **Artykuł 8**

### **Postępowanie w przypadku szkody, obowiązki Ubezpieczającego i Ubezpieczonego**

1. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest zobowiązany udzielić w zakresie swoich możliwości pomocy ofiarom wypadku oraz :

- 1) zawiadomić policję i pogotowie o wypadku drogowym oraz jego ofiarach;
  - 2) po wystąpieniu objawów urazu powypadkowego, tak szybko jak to możliwe, poddać się opiece lekarskiej, a także podjąć działania w celu złagodzenia skutków wypadku poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich
  - 3) niezwłocznie powiadomić Zakład Ubezpieczeń (najbliższy oddział Zakładu Ubezpieczeń miejsca zamieszkania Ubezpieczonego) o wypadku, ale nie później niż w ciągu 7 dni od daty zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia. Roszczenia zgłoszone po tym terminie będą uwzględniane tylko w przypadku udokumentowanych zdarzeń losowych, uniemożliwiających wcześniejszy kontakt z Zakładem Ubezpieczeń;
  - 4) przedstawić Zakładowi Ubezpieczeń dokumenty niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia i wysokości świadczenia oraz udzielić wszelkich informacji wymaganych przez Zakład Ubezpieczeń, wypełnić zgodnie z prawdą przedłożony przez Zakład Ubezpieczeń formularz zgłoszenia wypadkowego i zwrócić go do Zakładu Ubezpieczeń wraz z oryginałem umowy ubezpieczenia;
  - 5) dołożyć starań, by żądane przez Zakład Ubezpieczeń dokumenty i informacje zostały dostarczone niezwłocznie;
  - 6) umożliwić Zakładowi Ubezpieczeń zasięgnięcie informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego, w szczególności u lekarzy sprawujących nad nim opiekę po wypadku.
2. Ubezpieczony jest zobowiązany na wezwanie Zakład Ubezpieczeń poddać się badaniom przeprowadzonym przez lekarzy wskazanych przez Zakład Ubezpieczeń. Koszty badań, w tym koszty wynagrodzenia tych lekarzy pokrywa Zakład Ubezpieczeń.

3. Ubezpieczający i Ubezpieczony upoważnia Zakład Ubezpieczeń do zasięgnięcia opinii lekarzy prowadzących leczenie oraz innych osób lub urzędów w sprawach związanych z wypadkiem, o ile otrzymanie tego rodzaju informacji jest konieczne do rozpatrzenia zasadności przyznania świadczenia.
4. Zakład Ubezpieczeń jest uprawniony do stosownego zmniejszenia odszkodowania lub jego odmowy w przypadku świadomego naruszenia przez właściciela pojazdu lub osobę działającą w jego imieniu obowiązków wymienionych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, jeżeli to naruszenie wpłynęło na powstanie lub zwiększenie rozmiaru szkody.

## **Artykuł 9**

### **Zawiadomienia oraz oświadczenia woli**

1. Wszelkie zawiadomienia i wyjaśnienia kierowane do Zakładu Ubezpieczeń należy dostarczać w formie pisemnej do jednostki Zakładu Ubezpieczeń, wskazanej w dokumencie ubezpieczenia.
2. Jeśli Ubezpieczający zmienił swój adres zamieszkania, lecz nie poinformował o tym Zakładu Ubezpieczeń, to przyjmuje się, że Zakład Ubezpieczeń dopełnił swojego obowiązku, jeśli oświadczenie woli lub zawiadomienie wysłał Ubezpieczającemu na ostatni znany Zakładowi Ubezpieczeń adres. Oświadczenie bądź zawiadomienie uważa się za doręczone w chwili, w której Ubezpieczający mógłby je otrzymać, gdyby nie nastąpiła zmiana adresu.
3. Skargi oraz zażalenia rozpatruje Dyrekcja Generalna Zakładu Ubezpieczeń. Adres do korespondencji wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

## **Artykuł 10**

### **Postanowienia końcowe**

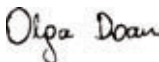
1. Wszelkie roszczenia Zakładu Ubezpieczeń lub Ubezpieczonego wynikające z niniejszej umowy ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na warunkach odmiennych od ustalonych w ogólnych warunkach jedynie w formie pisemnej, potwierdzającej ich przyjęcie przez strony umowy.
3. W kwestiach nie uregulowanych niniejszymi o.w.u. mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz inne obowiązujące przepisy prawa.
4. Spory wynikające z umów ubezpieczenia rozpatrują sądy powszechne właściwe dla siedziby Zakładu Ubezpieczeń lub siedziby miejsca zamieszkania Ubezpieczającego/Ubezpieczonego/Upoważnionego lub Uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w postępowaniu cywilnym procesowym.
5. Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeniowego Allianz Polska Spółka Akcyjna nr 39/2003 z dnia 10 września 2003 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia, zawartych od dnia 1 października 2003 roku.

Warszawa, dnia 10 września 2003 r.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Olga Doan  
Wiceprezes Zarządu

## Grupa Allianz

To największe towarzystwo ubezpieczeniowe w Europie, zarządzające aktywami wartymi blisko 1 bilion euro. Firma działa w 77 państwach na wszystkich kontynentach, zatrudnia 180 000 pracowników i ubezpiecza ponad 60 milionów Klientów indywidualnych oraz blisko połowę firm z 500 największych przedsiębiorstw naszego globu. Jest notowana na najważniejszych giełdach świata, w tym na Wall Street. Przychody ze składek w roku 2002 wyniosły 83 miliardy euro.

[www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)



Infolinia: 0 801 10 20 30

NKO-001 10/03