

Ogólne warunki kontynuacji
grupowego ubezpieczenia na życie
(indeks KZ 04)

Spis treści

Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (indeks KZ 04)	3
Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 04	11
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 02)	12
Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.	16
Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o indeksie GZ KR 02	18

Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie

(indeks KZ 04)

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej Towarzystwem, z Ubezpieczonymi, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanej dalej grupową umową ubezpieczenia), zawartej na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:
 - 1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania nie – zostaje ograniczona;
 - 2) akt terroru – dokonanie lub groźbę dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego;
 - 3) częściowe inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
 - 4) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
 - a) w wieku do 20 lat,
 - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwałe niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 5) indywidualna umowa ubezpieczenia – umowę zawieraną na podstawie niniejszych o.w.u., stanowiącą kontynuację ubezpieczenia w ramach grupowej umowy ubezpieczenia;
 - 6) karencja – okres, w którym Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności lub ponosi ograniczoną odpowiedzialność z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia;
 - 7) martwe dziecko – noworodka martwego zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego;
 - 8) matka – matkę naturalną lub macochę;
 - 9) macocha – osobę, z którą ojciec Ubezpieczonego lub współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub współmałżonka;
 - 10) ojciec – ojca naturalnego lub ojczyma;
 - 11) ojczym – osobę, z którą matka Ubezpieczonego lub współmałżonka pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub współmałżonka;
 - 12) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon Ubezpieczonego, który nastąpi przed osiągnięciem przez dziecko Ubezpieczonego 20. roku życia lub bez względu na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono trwałe niezdolne do pracy zarobkowej;
 - 13) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego, świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
 - 14) rocznica polisy – każdą rocznicę daty zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia;
 - 15) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego lub współmałżonka;
 - 16) składka – składkę ochronną w wysokości ustalonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia;
 - 17) suma ubezpieczenia – określoną w polisie kwotę będącą podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego zdarzenia określonego umową ubezpieczenia;
 - 18) Techniczna stopa procentowa – zakładaną przez Towarzystwo teoretyczną stopę zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynoszącą 3,25 % w skali roku;
 - 19) Ubezpieczony – osobę fizyczną, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia oraz której życie i zdrowie było przedmiotem ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia;
 - 20) Ubezpieczający – Ubezpieczonego;
 - 21) Uposażony – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 22) urodzenie się dziecka Ubezpieczonemu – urodzenie się dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
 - 23) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonemu – urodzenie się martwego dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
 - 24) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
 - 25) Współubezpieczony – objętego ubezpieczeniem na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
 - 26) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu lub częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego.
 - 27) wypadek komunikacyjny – wypadek w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym, któremu Ubezpieczony uległ:
 - a) jako kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym, motorowerem, pojazdem szynowym, statkiem wodnym lub pasażerskim statkiem powietrznym albo jako pasażer któregoś z wymienionych pojazdów;
 - b) jako rowerzysta,
 - c) jako pieszy;
 - 28) Dyrekcja Generalna – podstawową jednostkę organizacyjną Towarzystwa powołaną do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany na polisie.

§ 2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub życie Współubezpieczonych.
2. Odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia są objęte te zdarzenia ubezpieczeniowe, w zakresie których Ubezpieczony był objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest określany w polisie potwierdzającej zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych nie obejmuje sytuacji, w których zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
6. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu następstw wypadków, jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) zaburzeń umysłu lub świadomości, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 3) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, chyba że były one następstwem wypadku;
 - 4) wypadku lotniczego; nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony byli pasażerami samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553 z późn. zm.);
 - 6) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
 - 7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - 8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - 10) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
 - 12) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek wypadku;
 - 13) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był wypadek;
 - 14) kierowania pojazdem mechanicznym bez ważnego prawa jazdy lub innego dokumentu uprawniającego do kierowania pojazdem.
7. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego w okolicznościach, o których mowa w ust. 6. Do Ubezpieczonego kierującego zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych nie stosuje się wyłączenia dotyczącego wypadku lotniczego.
8. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych w następstwie wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od zajścia wypadku.
9. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku, jeżeli częściowe inwalidztwo ujawniło się (i nie było wcześniej leczone) po upływie 180 dni od wypadku.
10. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy.

§ 3

Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia

1. Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia. Indywidualna umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie – najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia – pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia. Indywidualna umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.
2. Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa.
3. Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia dokumentów uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do oceny ryzyka i zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia.

4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo będą stanowiły załączniki do wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
 5. Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.
 6. Z wnioskiem o przekazanie informacji, o których mowa w ust. 5, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.
 7. Podmioty, o których mowa w ust. 5, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – Towarzystwu, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.
 8. Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.
 9. Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza, wystawiając polisę.
 10. Indywidualną umowę ubezpieczenia może zawrzeć Ubezpieczony, z uwzględnieniem poniższych warunków:
 - 1) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowej umowy ubezpieczenia przez okres co najmniej 12 miesięcy;
 - 2) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego wygasła z jednego z następujących powodów:
 - a) ustanie stosunku pracy,
 - b) ukończenie przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
 - c) rozwiązanie grupowej umowy ubezpieczenia z powodu likwidacji zakładu pracy lub innego podmiotu będącego Ubezpieczającym w grupowej umowie ubezpieczenia;
 - 3) zostały opłacone na rzecz Ubezpieczonego wszystkie składki należne z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia został doręczony w terminie określonym w ust. 11 lub ust. 12.
 11. Wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia powinien być dostarczony w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.
 12. Towarzystwo może zaakceptować wniosek złożony w terminie 3 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 2.
- § 4**
Zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia
1. Ubezpieczający może wystąpić na piśmie z wnioskiem o dokonanie zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.
 2. Zmiana w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest dokonywana za zgodą Towarzystwa i nie może dotyczyć zakresu ubezpieczenia.
 3. W razie podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo może zaakceptować nową sumę ubezpieczenia, pod warunkiem zastosowania 6-miesięcznego okresu karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia.
 4. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej karencji od dnia zmiany indywidualnej umowy ubezpieczenia poprzez podwyższenie sumy ubezpieczenia – Towarzystwo wypłaci świadczenie, uwzględniając sumę ubezpieczenia obowiązującą przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń będących następstwem wypadku.
- § 5**
Suma ubezpieczenia
1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony indywidualnej umowy ubezpieczenia przy zawieraniu indywidualnej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia, obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień ust. 3.
 2. Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia była wyrażona jako krotność zarobków, to suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, przy zachowaniu postanowień ust. 3.
 3. Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia jest wyższa od maksymalnej sumy ubezpieczenia wskazanej w załączniku do niniejszych o.w.u., to sumę ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia ustala się w wysokości maksymalnej sumy ubezpieczenia.
- § 6**
Składka
1. Z tytułu zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać składkę w wysokości i z częstotliwością wskazaną w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

2. Składka jest płatna nie później niż pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Pierwsza składka z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uiszczana przy zawarciu umowy przedstawicielowi Towarzystwa.
3. Częstotliwość opłacania składki może być kwartalna, półroczna lub roczna.
4. Przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3, składka będzie ustalana na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zaakceptowania wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.
5. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, kiedy wpłynie ona na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy, w wysokości wynikającej z indywidualnej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że pierwszą składkę uważa się za zapłaconą z chwilą otrzymania jej przez przedstawiciela Towarzystwa.
6. Składki opłacone za okres, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, nie podlegają zwrotowi.
7. Wysokość pierwszej składki jest równa wysokości składki obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności względem danego Ubezpieczonego z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.
8. W sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 3, wysokość pierwszej składki, o jakiej mowa w ust. 7, ulega obniżeniu proporcjonalnie do obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia do sumy ubezpieczenia.
9. Składka za ubezpieczenie, z wyłączeniem pierwszej składki, jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.
10. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania indywidualnej umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.
11. Jeżeli Ubezpieczający – po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia – doręczy Towarzystwu najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.
12. Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 11 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
 - 1) przedłużenie indywidualnej umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia, oraz na
 - 2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.
13. Upływ terminu, o którym mowa w ust. 11, wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.

§ 7

Nieopłacanie składek

1. Jeżeli składka należna w danym okresie nie została opłacona do 10. dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), Towarzystwo zawiesi odpowiedzialność od 1. dnia tego okresu. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa kwoty w wysokości zaległych składek wraz ze składką za kolejny okres, w wysokości i terminie określonym w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
3. W razie niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 2 w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem powyższego terminu.
4. Z tytułu wystąpienia w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 3, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 3, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia w okresie zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

§ 8

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń objętych odpowiedzialnością na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w polisie, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym wygasła odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 11.
2. Jeżeli wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 12, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do tego Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym:
 - 1) została opłacona składka;
 - 2) do Towarzystwa wpłynął wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego kończy się niezależnie od innych postanowień o.w.u. w dniu zgonu Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu:
 - 1) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz
 - 2) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochrona wygasa w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

5. Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych przy przystępowaniu do ubezpieczenia okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 9

Rozwiązanie indywidualnej umowy ubezpieczenia

1. Indywidualna umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia, liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.
2. Indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.
3. W razie rozwiązania indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia; przy zwrocie składki każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny.

§ 10

1. Ubezpieczający może odstąpić od indywidualnej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składek za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

§ 11

Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.
2. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.
3. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku są Uposażeni, a w razie braku wskazania – osoby wymienione w § 20 niniejszych o.w.u.
4. Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczane przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
6. Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia

o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub Oddziału Towarzystwa.

7. Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu losowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.
8. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osoby uprawnione, przez wskazanie wykazu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.
9. W oparciu o przesłane dokumenty Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:
 - 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
 - 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
 - 3) ustalenia wysokości świadczenia;
 - 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
 - 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.
10. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 8, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 12

1. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochrona Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3.
2. Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3, o ile orzeczony stopień inwalidztwa przekracza 5%.
3. Kwotę świadczenia z tytułu:
 - 1) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochrona, oraz
 - 2) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego stanowi 1% sumy ubezpieczenia odniesiony do 1% procentu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 2 i ustępów poniższych.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidztwa.
5. Towarzystwo określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.
6. Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji
7. Stopień częściowego inwalidztwa powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

8. Wystąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:
 - 1) procent częściowego inwalidztwa jest orzekany na podstawie tabeli oceny procentowej inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
 - 2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia częściowego inwalidztwa;
 - 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa, w zakresie zgodności z procedurami orzekania.
 9. Jeżeli wskutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie częściowego inwalidztwa zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% częściowego inwalidztwa.
 10. Jeżeli wskutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określa się jako różnicę między stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem a stanem po wypadku.
 11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.
 12. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.
 13. W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego – stopień inwalidztwa zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.
 14. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest obowiązany do niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu złagodzenia skutków wypadku poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.
 15. Naruszenie obowiązków określonych w ust. 13 i 14 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.
 16. W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego – bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres – Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia.
 17. Ubezpieczony jest obowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:
 - 1) opis wypadku;
 - 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
 - 3) przewidywany termin zakończenia leczenia, z uwzględnieniem okresu rehabilitacji;
 - 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem).
 18. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon Ubezpieczonego będący następstwem tego samego wypadku, wówczas Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacane z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa.
- § 13**
Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego oraz zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
- § 14**
1. Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń w całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa wobec danego Ubezpieczonego (zarówno na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia, jak i indywidualnej umowy ubezpieczenia).
- § 15**
Z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego lub urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
- § 16**
Z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
- § 17**
Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
- § 18**
1. Świadczenia, o których mowa w § 11 – 17, są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:
1) w razie zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku:
a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
c) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie);
2) w razie częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku:

- a) opis okoliczności wypadku (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
 - b) protokół BHP – w razie wypadku przy pracy;
 - 3) w razie zgonu współmałżonka Ubezpieczonego oraz zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku:
 - a) akt małżeństwa (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - b) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
 - d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku, (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
 - 4) w razie zgonu rodzica lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego:
 - a) akt małżeństwa Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w razie zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego,
 - b) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - 5) w razie zgonu dziecka lub urodzenia się martwego dziecka:
 - a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w razie zgonu dziecka,
 - b) akt urodzenia z odpowiednią adnotacją (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w razie urodzenia się martwego dziecka,
 - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
 - d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku;
 - 6) w razie urodzenia się dziecka:
 - a) akt urodzenia (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
 - 7) w razie osierocenia dziecka:
 - a) akt zgonu Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
 - c) akt urodzenia dziecka Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
 - d) dokument potwierdzający przejęcie opieki prawnej nad dzieckiem.
2. Wypłata świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego następuje tylko w razie zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile zdarzenie to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.
 3. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinni niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.
 4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej.
 5. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii poświadczonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem);
 - 2) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
 - 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
 - 4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
 6. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
 7. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
 8. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo jest zobowiązane uzasadnić swoje stanowisko na piśmie.
- ### § 19
1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (lub Uposażonych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu zarówno przed zawarciem indywidualnej umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
 2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania indywidualnej umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
 3. Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa Towarzystwu na piśmie.
 4. Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
 5. Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.
 6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.
- ### § 20
1. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego albo gdy żaden Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub wszyscy Uposażeni utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) współmałżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak jest współmałżonka;

- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.
2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył lub utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego

§ 21

Obowiązki Towarzystwa

1. Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:
 - 1) definicji poszczególnych świadczeń;
 - 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
 - 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy oraz określenia stopy technicznej;
 - 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń.
2. Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.
3. Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

§ 22

Postanowienia końcowe

1. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do odbioru świadczenia powinni niezwłocznie, jednak nie później niż 30 dni od dnia jego zaistnienia powiadomić Towarzystwo.
2. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z indywidualną umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie.
3. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 23

1. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do indywidualnej umowy ubezpieczenia – w porozumieniu z Ubezpieczającym – odrębnym aneksem.
2. Kwoty wypłacane w trybie określonym w § 11 – 17 mogą być pomniejszone przez Towarzystwo o kwoty nie zapłaconych Towarzystwu składek na rzecz danego Ubezpieczonego.

§ 24

1. Roszczenia z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia do Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu tego roszczenia.

§ 25

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych o.w.u. mają zastosowanie odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.
2. Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie), albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 99/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 04

§ 1

Następujące zdarzenia są wyłączone z odpowiedzialności Towarzystwa w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia:

1. Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca i udaru mózgu.
2. Inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
4. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Leczenie operacyjne Ubezpieczonego.
6. Niezdolność do pracy z powodu choroby zawodowej.
7. Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego..
8. Wystąpienie u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
9. Częściowe inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego.
10. Zgon współmałżonka Ubezpieczonego po zgonie Ubezpieczonego.
11. Wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
12. Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
13. Leczenie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.

§2

Indywidualna umowa ubezpieczenia może być zawarta z zachowaniem następujących postanowień:

1. Maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 30 000 zł.
2. Odpowiedzialność z tytułu
 - 1) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - 2) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochronajest ograniczona maksymalnie do wypłaty 1% sumy ubezpieczenia za 1% częściowego inwalidztwa, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 200 % sumy ubezpieczenia (200% sumy ubezpieczenia należy rozumieć jako sumę 100 % z zakresu podstawowego – zgon Ubezpieczonego oraz 100 % z tytułu zgonu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku).

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

(indeks GZ KR 02)

§1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (zwanych dalej o.w.u.).
2. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
 - 1) całkowity wykup ubezpieczenia – wypłatę całości środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
 - 2) cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki inwestycyjne na jednostki uczestnictwa;
 - 3) cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach przy dokonywaniu wykupu, wypłat z funduszu oraz przeniesienia środków pomiędzy funduszami;
 - 4) częściowy wykup ubezpieczenia – wypłatę części środków zgromadzonych w funduszach na rachunku BK Ubezpieczonego;
 - 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 6) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (zwany dalej funduszem) – wydzieloną rachunkowo część aktywów Towarzystwa tworzoną ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia;
 - 7) jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz;
 - 8) przeniesienie środków – umorzenie środków jednego z funduszy i przeniesienie ich do innego według wskazania Ubezpieczającego, przy czym przeniesienie środków odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa;
 - 9) rachunek AK – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu pochodzące z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia, jeżeli pracodawca nie wyrazi zgody na transfer tych środków na rachunek BK;
 - 10) rachunek BK – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu:
 - a) nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach za składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego,
 - b) pochodzące z transferu środków z rachunku B prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia,
 - c) pochodzące z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia, jeżeli pracodawca wyrazi zgodę na transfer;
 - 11) składka inwestycyjna – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w formie:
 - a) regularnej składki inwestycyjnej – opłacanej w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia,
 - b) doraźnej składki inwestycyjnej – opłacanej z dowolną częstotliwością i w dowolnej wysokości powyżej minimalnej składki doraźnej określonej w taryfie kosztów;
 - 12) składka jednorazowa – składkę należną z tytułu umowy ubezpieczenia przy zamianie umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego;
 - 13) składka ochronna – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
 - 14) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
 - 15) koszt prowadzenia rachunku – opłatę w wysokości wskazanej w taryfie kosztów potrącaną miesięcznie z rachunków jednostek.

§2

Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli łączna suma środków zgromadzonych na rachunkach Ubezpieczonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia – w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego – jest równa co najmniej limitowi określonymu przez Towarzystwo w taryfie kosztów.
2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.
3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa jest objęte dożycie przez Ubezpieczonego do dnia zajścia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia.

§3

Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.
3. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje w dniu:
 - 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 2) zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia, chyba że ubezpieczenie zostało wcześniej przekształcone w bezskładkowe.
4. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

§4

Składka

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać regularną składkę inwestycyjną w wysokości nie niższej niż 25 zł miesięcznie.
2. Ubezpieczający ma prawo do opłacania składki inwestycyjnej w wysokości wyższej niż określona w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Regularna składka inwestycyjna powiększa składkę ochronną płaconą na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Regularna składka inwestycyjna jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może w każdej chwili opłacać doraźną składkę inwestycyjną w wysokości równej co najmniej minimalnej składce doraźnej określonej w taryfie kosztów.

§ 5

Fundusze

1. Fundusze są tworzone:
 - 1) ze składek inwestycyjnych;
 - 2) ze środków przenoszonych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 6;
 - 3) ze środków transferowanych z rachunku prowadzonego w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu tej umowy wygasła.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w których lokowane będą składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający może wskazać w szczególności fundusz gwarantowany, zrównoważony lub dynamiczny.
3. Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczonych:
 - 1) rachunek AK – pod warunkiem że nastąpił transfer środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia do rachunku AK;
 - 2) rachunek BK.
4. Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jednostek uczestnictwa każdego funduszu jest określona w taryfie kosztów.
5. Towarzystwo powiadamia Ubezpieczonego o aktualnych wartościach jednostek uczestnictwa każdego z funduszy oraz o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek uczestnictwa każdego funduszu na jego pisemny wniosek.

§ 6

Nabywanie jednostek uczestnictwa funduszy

1. Jednostki uczestnictwa są nabywane na rzecz każdego z Ubezpieczonych za składki inwestycyjne. Kwoty składek inwestycyjnych są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa funduszy – w części określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia. Ustalając wysokość kwoty składek przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa, Towarzystwo uwzględnia okres pozostawania Ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym. Za każdą składkę inwestycyjną można nabyć jednostki uczestnictwa jednego lub wielu funduszy – zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 4.

2. Jednostki uczestnictwa każdego funduszu są nabywane według cen kupna jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę inwestycyjną na właściwy rachunek Ubezpieczającego, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 4 – Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek nie później niż 5. dnia roboczego od dnia, w którym na rachunku Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli warunki wymienione w ust. 2 zostały spełnione wcześniej niż na 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek w dniu, w którym upływa termin płatności składki.

4. Składki inwestycyjne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybrany przez Towarzystwo fundusz. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, składka inwestycyjna jest lokowana w różnych funduszach, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczającego.

5. Ubezpieczający może w dowolnym terminie:
 - 1) zmienić podział procentowy każdej następnej składki inwestycyjnej przeznaczonej na nabycie jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach;
 - 2) przenieść środki pomiędzy funduszami.W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany lub przeniesienia w danym roku polisowym, rozumianym jako 12 miesięcy od daty rocznicy polisy, jest wolna od opłaty. Za każdą następną operację w danym roku polisowym jest pobierana opłata określona w taryfie kosztów. Operacje powyższe dotyczą tylko rachunku BK.

6. Operacje wymienione w ust. 5 są dokonywane na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i następują:
 - 1) w razie zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 1), w stosunku do każdej następnej składki inwestycyjnej, za którą są nabywane środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
 - 2) w razie przenoszenia środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.

§ 7

Transfer środków

1. Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uzależnione od transferu środków zgromadzonych na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na rachunki prowadzone na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
2. Transfer środków jest dokonywany na następujących zasadach:
 - 1) środki gromadzone na rachunku A prowadzonym na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia są transferowane na:
 - a) rachunek BK, jeżeli pracodawca będący ubezpieczającym w umowie grupowego ubezpieczenia wyrazi zgodę we wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia,

- b) rachunek AK, jeżeli pracodawca nie wyrazi zgody, o której mowa w lit. a);
- 2) środki gromadzone na rachunku B prowadzonym na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia są transferowane na rachunek BK.
- 3. Transfer środków polega na przeniesieniu środków z rachunku, z którego dokonywany jest transfer, na rachunek docelowy – bez dokonywania sprzedaży oraz zakupu jednostek uczestnictwa.
- 4. W razie transferu środków na rachunek AK środki zgromadzone na tym rachunku pozostają zablokowane do czasu upływu okresu wskazanego przez Towarzystwo w umowie ubezpieczenia. Okres zablokowania środków jest uzależniony od postanowień umowy grupowego ubezpieczenia. Po okresie zablokowania środków następuje ich transfer na rachunek BK Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 3.
- 4. Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest dokonywane wyłącznie wtedy, gdy środki zgromadzone na rachunku BK wystarczają na pokrycie składki jednorazowej ustalonej przez Towarzystwo, której wysokość zależy w szczególności od wieku, płci i sumy ubezpieczenia.
- 5. Jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u., a środki zgromadzone na rachunku BK nie wystarczają na opłacenie składki jednorazowej, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia w okresie zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
- 6. Składka jednorazowa jest pobierana ze środków zgromadzonych na rachunku BK. Jeżeli po pobraniu środków należnych z tytułu składki jednorazowej na rachunku pozostaną środki – środki te mogą być wykupione na wniosek Ubezpieczającego.

§ 8

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

- 1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) w którym wartość środków zgromadzonych na rachunkach AK i BK Ubezpieczonego zrówna się z wysokością kosztów pobieranych przez Towarzystwo, określonych w taryfie kosztów;
 - 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
 - 4) zakończenia okresu ubezpieczenia bezskładkowego, jeżeli ubezpieczenie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 7. W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwo wypłaci świadczenie równe:
 - 1) sumie ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) dwukrotności sumy ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
- 8. O przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo poinformuje ubezpieczonego na piśmie, określając okres trwania ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności, oraz przedstawiając informacje o środkach pozostałych na rachunkach Ubezpieczonego, podlegających wykupowi na wniosek Ubezpieczonego.
- 9. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

§ 9

Ubezpieczenie bezskładkowe

- 1. Ubezpieczenie bezskładkowe polega na objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową do okresu wskazanego przez Towarzystwo, nie dłużej jednak niż do 70. roku życia, przy czym Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek.
- 2. Z tytułu ubezpieczenia bezskładkowego zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest ograniczony do dwóch zdarzeń:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
- 3. Umowa ubezpieczenia jest przekształcana w ubezpieczenie bezskładkowe, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, w następujących przypadkach:
 - 1) na wniosek Ubezpieczonego – z dniem wskazanym we wniosku, nie wcześniej jednak niż w dniu doręczenia tego wniosku do Towarzystwa;
 - 2) jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek ochronnych odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u. (ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie) – z dniem zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- 5. Jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u., a środki zgromadzone na rachunku BK nie wystarczają na opłacenie składki jednorazowej, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia w okresie zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
- 6. Składka jednorazowa jest pobierana ze środków zgromadzonych na rachunku BK. Jeżeli po pobraniu środków należnych z tytułu składki jednorazowej na rachunku pozostaną środki – środki te mogą być wykupione na wniosek Ubezpieczającego.
- 7. W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwo wypłaci świadczenie równe:
 - 1) sumie ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego;
 - 2) dwukrotności sumy ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.
- 8. O przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo poinformuje ubezpieczonego na piśmie, określając okres trwania ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności, oraz przedstawiając informacje o środkach pozostałych na rachunkach Ubezpieczonego, podlegających wykupowi na wniosek Ubezpieczonego.
- 9. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

§ 10

Wykup ubezpieczenia

- 1. Ubezpieczający może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych poniżej.
- 2. Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia jest składany Towarzystwu przez Ubezpieczającego na piśmie.
- 3. Całkowity wykup ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego może być dokonany tylko wówczas, gdy nie jest prowadzony rachunek AK.
- 4. Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku.
- 5. Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku BK. Ubezpieczający powinien na piśmie wskazać, jaka kwota środków i z których funduszy ma podlegać wykupowi. Częściowy wykup ubezpieczenia może być dokonany, jeżeli ubezpieczenie nie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.

6. Zarówno w razie całkowitego, jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swojej wartością kwocie dokonywanego wykupu jest odejmowana z rachunku.
7. Kwotę należną z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.
8. Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) jest ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.
9. Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo w taryfie kosztów.
10. Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty składek inwestycyjnych, za które nie zostały jeszcze zakupione jednostki uczestnictwa.
11. Wysokość kosztów związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania są określone na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.
12. Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia bez potrącania kosztów wykupu w następujących przypadkach:
 - 1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia – na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia;
 - 2) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia – w terminie 30 dni od daty pisma informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że nie jest prowadzony rachunek AK.
 - 3) transferu środków, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 3 Warunków – na wniosek Ubezpieczającego.
13. Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.
14. Wartość wykupu całkowitego jest ustalana:
 - 1) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zgonu Ubezpieczonego – przypadku, o którym mowa w ust. 12 pkt 1);
 - 2) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia – w przypadku, o którym mowa w ust. 12 pkt 2);
 - 3) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o transfer środków – w przypadku, o którym mowa w ust. 12 pkt 3).

§ 11

Postanowienia końcowe

1. W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u. oraz regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.
2. Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 100/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejszy regulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. w ramach ubezpieczenia na życie, zgodnie z ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej.

2.

Towarzystwo tworzy następujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:

- a) Fundusz Gwarantowany,
- b) Fundusz Obligacji,
- c) Fundusz Zrównoważony,
- d) Fundusz Dynamiczny.

3.

Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

- a) Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.,
- b) Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia,
- c) Wartość Aktywów Netto (WAN) – wartość wszystkich aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania,
- d) Spółka Zarządzająca – Towarzystwo lub spółka, która na mocy porozumienia z Towarzystwem ma prawo do zarządzania Aktywami Netto Funduszu,
- e) Dzień Wyceny – dzień, w którym zostaje ustalona Wartość Netto Aktywów Funduszu,
- f) Jednostki Uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz,
- g) Uczestnik Funduszu – podmiot, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek z umowy ubezpieczeniowej zawartej z Towarzystwem,
- h) Cena Jednostki Uczestnictwa – Wartość Aktywów Netto przypadająca na Jednostkę Uczestnictwa,
- i) Rachunek jednostek – rachunek Uczestnika Funduszu, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa,
- j) Depozytariusz – bank, w którym zostały zdeponowane aktywa Funduszu,
- k) Ustawa – ustawa z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej.

§ 2

Polityka Inwestycyjna Funduszu

1.

Celem inwestycyjnym Funduszu jest powiększanie Wartości Aktywów Netto Funduszu przy zachowaniu założonego poziomu ryzyka.

2.

Cel inwestycyjny Funduszu jest realizowany poprzez odpowiednie inwestowanie środków pochodzących z ubezpieczeń prowadzonych przez Towarzystwo.

3.

Dochody osiągnięte w wyniku dokonywanych inwestycji aktywów Funduszu, w tym odsetki oraz dywidendy, powiększają wartość Funduszu jak również zwiększają odpowiednio wartość Jednostek Uczestnictwa.

§ 3

Kategorie lokat

1.

Aktywa Funduszu mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:

- a) obligacje, bony i inne papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski, a także w pożyczki i kredyty udzielone tym podmiotom,
- b) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, opiewające na świadczenia pieniężne, gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski, a także w depozyty, kredyty i pożyczki gwarantowane lub poręczane przez te podmioty,
- c) depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe,
- d) akcje spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym,
- e) akcje spółek notowane na regulowanym rynku pozagiełdowym lub spółek nie notowanych na regulowanym rynku giełdowym i na regulowanym rynku pozagiełdowym, lecz dopuszczonych do publicznego obrotu,
- f) akcje narodowych funduszy inwestycyjnych,
- g) certyfikaty inwestycyjne emitowane przez fundusze inwestycyjne zamknięte lub fundusze inwestycyjne mieszane,
- h) jednostki uczestnictwa zbywane przez fundusze inwestycyjne otwarte i specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte,
- i) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawę, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- j) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawę, które nie są dopuszczone do publicznego obrotu,
- k) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawę, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- l) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawę, które nie zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- m) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez spółki publiczne, inne niż papiery wartościowe, o których mowa w podpunkcie k) i l),
- n) listy zastawne,
- o) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile takowe służą zmniejszeniu ryzyka związanego z aktywami funduszu,
- p) inne lokaty, które w drodze rozporządzenia może określić Rada Ministrów.

§ 4

Ograniczenia inwestycyjne

1.

Fundusz Gwarantowany

- a) aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe o których mowa w § 3 z wyłączeniem ust.1 pkt. d), e), f);
- b) aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe o których mowa w § 3 ust.1 pkt. g), h), jeśli statut funduszy opisanych w pkt g), h) nie dopuszcza lokat w instrumenty wymienione w pkt. d), e), f);

- c) ryzyko obniżenia wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu Gwarantowanego w okresie pełnego roku kalendarzowego jest w całości ponoszone przez Towarzystwo;
- d) pełen rok kalendarzowy jest rozumiany jako okres pomiędzy dniami 31 grudnia kolejno po sobie następujących lat kalendarzowych;
- e) w razie spadku wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu Gwarantowanego w okresie pełnego roku kalendarzowego Towarzystwo zobowiązuje się wyrównać Uczestnikom Funduszu powstałą różnicę.

2.

Fundusz Obligacji

- a) aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 z wyłączeniem ust.1 pkt. d), e), f),
- b) aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust.1 pkt g), h), jeśli statut funduszy opisanych w pkt. g), h) nie dopuszcza lokat w instrumenty wymienione w pkt. d), e), f).

3.

Fundusz Zrównoważony

- a) aktywa Funduszu Zrównoważonego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3,
- b) instrumenty finansowe o których mowa w § 3 ust.1 pkt. d), e) f), mogą stanowić do 60% aktywów Funduszu równoważonego.

4.

Fundusz Dynamiczny

- a) aktywa Funduszu Dynamicznego mogą być lokowane w instrumenty finansowe o których mowa w § 3,
- b) instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust.1 pkt. d), e), f), mogą stanowić do 100% aktywów Funduszu Dynamicznego.

5.

Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:

- a) członkom Zarządu lub Rady Nadzorczej Towarzystwa,
- b) osobom zatrudnionym w Towarzystwie,
- c) osobom pozostającym z osobami wymienionym w podpunktach a) i b) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa,

6.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregokolwiek podmiotu wymienionego w punktach 3a)–3c).

§ 5

Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena Jednostki Uczestnictwa

1.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu jest ustalana w Dniu Wyceny, tj. każdego dnia roboczego z wyjątkiem sobót, z dokładnością do jednego grosza,

2.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wycenia się według wartości rynkowej z dnia poprzedzającego Dzień Wyceny, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny,

3.

Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się, odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz,

4.

Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się, dzieląc wartość Aktywów Netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach

w Dniu Wyceny ilość Jednostek Uczestnictwa, z dokładnością do 4 miejsc po przecinku,

5.

Do ustalenia Wartości Aktywów Netto jest zobowiązane Towarzystwo.

6.

Wartość Aktywów Netto Funduszu i Cena Jednostki Uczestnictwa ustalone w Dniu Wyceny utrzymują się na stałym poziomie aż do następnego Dnia Wyceny,

7.

Towarzystwo informuje Uczestników Funduszu o Cenie Jednostki Uczestnictwa w terminach wynikających z umów ubezpieczenia.

§ 6

Koszty obciążające Fundusz

1.

Działalność Funduszu finansowana jest bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Towarzystwa zgodnie z postanowieniami Ustawy oraz umowami z Uczestnikami Funduszu.

2.

- Bezpośrednio z aktywów Funduszu finansowane są:
- a) koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Fundusz jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów,
 - b) koszty związane z przechowywaniem aktywów Funduszu, stanowiące równowartość wynagrodzenia Depozytariusza,
 - c) koszty zarządzania Funduszem przez Towarzystwo odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Towarzystwo.

3.

Wysokość wynagrodzenia pobieranego przez Towarzystwo za zarządzanie Funduszem wynosi 2% w skali roku.

4.

Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7

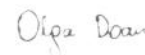
Postanowienia końcowe

Zmiana niniejszego Regulaminu może nastąpić wyłącznie w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa.

Niniejszy regulamin został przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 50/2003 z dnia 13.11.2003 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Niniejsza taryfa kosztów ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego

(indeks GZ KR 02)

1. Limit środków zgromadzonych na rachunku, od którego umowa dodatkowa z rachunkiem inwestycyjnym może być kontynuowana, wynosi 1000 złotych.
2. Minimalna wysokość doraźnej składki inwestycyjnej wynosi 100 złotych.
3. Cena kupna jednostki uczestnictwa każdego funduszu nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki tego funduszu o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki.
4. Opłata za zarządzanie aktywami wynosi do 2% w skali roku od wartości aktywów i jest naliczana przy każdej wycenie jednostki.
5. Koszty prowadzenia rachunków wynoszą 1 zł miesięcznie za rachunek BK Ubezpieczonego, potrącane w jednostkach uczestnictwa wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony w równych częściach. Prowadzenie rachunku AK jest bezpłatne.
6. Koszty częściowego oraz całkowitego wykupu ubezpieczenia wynoszą:
 - w pierwszym roku 5% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w drugim roku 4% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w trzecim roku 3% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w czwartym roku 2% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w piątym roku 1% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
 - w szóstym roku i latach następnych brak kosztów.
7. Zmiana podziału składki pomiędzy fundusze oraz przeniesienie środków pomiędzy funduszami są operacjami bezpłatnymi raz w ciągu każdych 12 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Każda następna operacja w wyżej wymienionym okresie jest obciążona opłatą 15 złotych, potrącaną w jednostkach uczestnictwa z wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony.
8. Towarzystwo zastrzega, że wszystkie koszty wyrażone jako kwoty w złotych mogą być indeksowane raz w roku kalendarzowym indeksem ustalonym przez Towarzystwo, nie wyższym niż aktualny roczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług, publikowany przez GUS.

Niniejsza taryfa kosztów została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 101/2003 z dnia 23.12.2003 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

