

**Ogólne Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia na
Życie z Funduszem
Inwestycyjnym
Allianz - Horyzont
(indeks GF 02)**

Na życie

**Ogólne Warunki
Grupowego
Ubezpieczenia na
Życie z Funduszem
Inwestycyjnym
Allianz - Horyzont
(indeks GF 02)**

Na życie

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym (indeks GF 02)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej OWU, stosuje się do umów Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym, zwanych dalej umowami, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) Towarzystwo - Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;
 - 2) Ubezpieczający - osobę fizyczną, osobę prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą Ubezpieczonych; dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem (stosunkiem pracy) traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem Towarzystwa, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem, na zasadach określonych w niniejszych OWU;
 - 3) Ubezpieczony - osobę fizyczną, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 4) Uposażony - osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
 - 5) wersja I - wersję ubezpieczenia, w której umowa ubezpieczenia zawarta jest na koszt Ubezpieczającego;
 - 6) wersja II - wersję ubezpieczenia, w której umowa ubezpieczenia zawarta jest na koszt Ubezpieczonego;
 - 7) okres ubezpieczenia - czas w pełnych latach, liczony od dnia określonego w indywidualnym certyfikacie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa, nie krótszy niż 6 lat, przy czym suma wieku Ubezpieczonego i okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć liczby 65;
 - 8) indywidualny certyfikat - dokument indywidualnego potwierdzenia ubezpieczenia wystawiony na nazwisko Ubezpieczonego;
 - 9) indywidualna rocznica ubezpieczenia - każdą rocznicę daty określonej w indywidualnym certyfikacie jako początek odpowiedzialności Towarzystwa wobec danego Ubezpieczonego;
 - 10) fundusz - wydzieloną część aktywów Towarzystwa;
 - 11) jednostki uczestnictwa - części o równej wartości, na które podzielony został fundusz;
 - 12) rachunek - rachunek prowadzony odrębnie dla każdego Ubezpieczonego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte na zasadach określonych w OWU na rzecz danego Ubezpieczonego;
 - 13) gwarantowana suma ubezpieczenia - kwotę wynikającą z deklaracji przystąpienia, potwierdzoną w indywidualnym certyfikacie;
 - 14) wartość wykupu ubezpieczenia - kwotę określoną w § 27 OWU, wypłacaną przez Towarzystwo na warunkach przewidzianych w niniejszych OWU;
 - 15) inwalidztwo - trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utratę zdrowia, w rezultacie którego Ubezpieczony utracił zdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz jest całkowicie niezdolny do samodzielnej egzystencji;
 - 16) wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu i nastąpiło w okresie udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Ubezpieczeniem objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - 1) dożycie przez Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
 - 2) zgon Ubezpieczonego,
 - 3) inwalidztwo Ubezpieczonego.

Warunki zawarcia umowy

§ 3

1. Umowa może być zawarta w wersji I lub w wersji II.
2. Wyboru wersji umowy Ubezpieczający dokonuje przy składaniu wniosku, o którym mowa w § 4.

§ 4

1. Umowa zawierana jest na podstawie wniosku na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez Ubezpieczającego i doręczonego do Towarzystwa.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczający dołącza:
 - 1) wykaz osób obejmowanych ubezpieczeniem, wraz z podaniem dla każdej z tych osób wysokości składki podstawowej,
 - 2) deklarację przystąpienia każdej z osób zgłaszanych do ubezpieczenia, zawierającą między innymi oświadczenie o stanie zdrowia tej osoby,
 - 3) potwierdzenie wpłaty pierwszej składki podstawowej na konto Towarzystwa wraz z kopią dowodu wpłaty.
3. Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia innych dokumentów uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Dokumenty wymienione w ust. 2 pkt 1) do 3) oraz w ust. 3, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo, stanowią będąc załącznikami do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Umowa zawierana jest w trybie, o którym mowa w § 4, jeżeli Ubezpieczający, który zatrudnia:
 - 1) od 10 do 20 pracowników, zgłosi do ubezpieczenia 100 % pracowników spełniających wymogi określone w § 6 ust. 1,
 - 2) od 21 do 100 pracowników, zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 75% pracowników spełniających wymogi określone w § 6 ust. 1, ale nie mniej niż 21 osób,
 - 3) powyżej 100 pracowników, zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 50% pracowników spełniających wymogi określone w § 6 ust.1, ale nie mniej niż 75 osób.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczający określi dodatkowe kryteria, które muszą spełniać zatrudnieni obejmowani ubezpieczeniem, limity, o których mowa w ust. 1, stosuje się do grupy osób spełniających te kryteria.
3. Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w ust. 1, to do dokumentów, o których mowa w § 4 ust. 2, Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć kwestionariusze medyczne wypełnione i podpisane przez każdą z osób przystępujących do ubezpieczenia, dołączone do właściwej deklaracji przystąpienia.

§ 6

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.
2. Wiek, o którym mowa w ust. 1, ustala się jako liczbę pełnych lat wynikającą z różnicy pomiędzy dniem następnym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia i datą urodzenia osoby obejmowanej ubezpieczeniem.
3. Osoba, która w dniu podpisywania wniosku o zawarcie umowy przebywała na zwolnieniu lekarskim, może być zgłoszona do ubezpieczenia po upływie jednego miesiąca od podjęcia pracy po powrocie ze zwolnienia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia.

§ 7

1. Umowę zawiera się na czas nieokreślony.
2. Umowę uważa się za zawartą od dnia następnego po dacie zaakceptowania przez Towarzystwo kompletnie i prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy.
3. Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy jest polisa grupowa, wystawiona przez Towarzystwo i doręczona Ubezpieczającemu.
4. Okres ubezpieczenia trwa zawsze pełną liczbę lat. Liczbę lat trwania okresu ubezpieczenia określa Ubezpieczający (w wersji I) lub Ubezpieczony (w wersji II).

Przystąpienie do ubezpieczenia nowych osób w trakcie trwania umowy

§ 8

1. W trakcie trwania umowy, osoby wcześniej nie ubezpieczone lub zatrudnione przez Ubezpieczającego po zawarciu umowy, mogą być objęte ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w niniejszych OWU.
2. Objęcie ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1 następuje na podstawie deklaracji przystąpienia każdej z osób, o której mowa w § 4 ust. 2 pkt 2) oraz innych dokumentów wymienionych w niniejszych OWU.

Wystąpienie z ubezpieczenia

§ 9

1. W przypadku zawarcia umowy w wersji I, w razie ustania stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym, Ubezpieczony, o ile odpowiedzialność w stosunku do danego Ubezpieczonego nie wygasła, ma prawo kontynuowania ubezpieczenia jako Ubezpieczający - na warunkach jakie obowiązywały w dniu ustania zatrudnienia, nie wcześniej jednak niż po opłaceniu pełnych dwóch rocznych składek podstawowych. Ubezpieczenie może być kontynuowane wyłącznie za zgodą Ubezpieczającego.
2. Kontynuowanie ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 1 następuje na wniosek Ubezpieczonego, doręczony Towarzystwu w terminie 30 dni od dnia ustania zatrudnienia, o którym mowa w ust. 1. Do wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia powinna być dołączona pisemna zgoda Ubezpieczającego, o której mowa w ust. 1.
3. W przypadku niewyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na kontynuowanie ubezpieczenia lub niedoręczenia Towarzystwu wniosku o kontynuowanie (wraz z pisemną zgodą Ubezpieczającego) w terminie 30 dni od dnia ustania zatrudnienia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem tego terminu. Jednostki uczestnictwa znajdujące się na rachunku powiększają liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach pozostałych Ubezpieczonych objętych umową, zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego.

§ 10

1. W przypadku zawarcia umowy w wersji II, w razie ustania stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym, Ubezpieczony ma prawo kontynuowania ubezpieczenia jako Ubezpieczający, nie wcześniej niż po opłaceniu pełnych dwóch rocznych składek podstawowych, na warunkach jakie obowiązywały w dniu ustania zatrudnienia, o ile odpowiedzialność w stosunku do tego Ubezpieczonego nie wygasła.
2. Kontynuowanie ubezpieczenia na zasadach określonych w ust. 1 następuje na wniosek Ubezpieczonego, doręczony Towarzystwu w terminie 30 dni od dnia ustania zatrudnienia, o którym mowa w ust. 1.
3. W przypadku niedoręczenia Towarzystwu wniosku o kontynuowanie w terminie określonym w ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa z dniem, o którym mowa w ust. 2, a Towarzystwo wypłaca wartość wykupu, zgodnie z postanowieniami § 26 ust. 3 oraz § 27.
4. Towarzystwo potwierdza kontynuowanie ubezpieczenia pisemnym dowodem ubezpieczenia, doręczanym Ubezpieczonemu.

§ 11

1. W przypadku wygaśnięcia stosunku pracy, gdy Ubezpieczony nie ma prawa do kontynuowania ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca, w wersji I Ubezpieczającemu, a w wersji II Ubezpieczonemu wartość wykupu zgodnie z postanowieniami § 27.
2. Ubezpieczający jest zobowiązany do informowania Towarzystwa ostatniego dnia każdego miesiąca o wszystkich Ubezpieczonych, z którymi ustał stosunek pracy w danym miesiącu.

Odpowiedzialność Towarzystwa

§ 12

1. Towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej w razie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego. Dokumentem potwierdzającym udzielenie określonego Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej jest indywidualny certyfikat wystawiony przez Towarzystwo i doręczony Ubezpieczającemu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa wobec każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia określonego w indywidualnym certyfikacie tego Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym:
 - 1) została zapłacona na rzecz danego Ubezpieczonego składka podstawowa,
 - 2) Towarzystwo otrzymało deklarację przystąpienia do ubezpieczenia osoby, o której mowa w § 4 ust.2 pkt 2), i trwa, z zastrzeżeniem postanowień § 15, do końca okresu ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może uzależnić akceptację ryzyka od wyniku badania lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego. W takim przypadku ryzyko może zostać zaakceptowane po złożeniu przez Ubezpieczającego dokumentacji medycznej, a w szczególności wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego. Towarzystwo ponosi koszty tych badań.
4. Towarzystwo może uzależnić akceptację ryzyka od złożenia wskazanego przez Towarzystwo dowodu, że Ubezpieczony spełnia warunki określone w § 6.

§ 13

W odniesieniu do osoby, która przystąpiła do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia, odpowiedzialność rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia określonego w indywidualnym certyfikacie. Odpowiedzialność w odniesieniu do ryzyka zgonu, który nastąpił na skutek wypadku, rozpoczyna się z dniem określonym w indywidualnym certyfikacie, pod warunkiem zapłacenia składki.

§ 14

1. W przypadku, gdy Towarzystwo nie zaakceptuje ryzyka wynikającego z umowy, to poinformuje o tym pisemnie, podając przyczyny odmowy akceptacji ryzyka.
2. W przypadku odmowy akceptacji ryzyka Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego składkę.

§ 15

Odpowiedzialność Towarzystwa wobec każdego Ubezpieczonego, niezależnie od innych postanowień OWU, wygasa:

- 1) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
- 2) z dniem orzeczenia inwalidztwa Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 36 ust. 9,
- 3) z dniem dożycia przez Ubezpieczonego końcowej daty okresu ubezpieczenia,
- 4) z dniem rozwiązania umowy,
- 5) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 60 lat, w odniesieniu do gwarancji wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego.

Gwarantowana suma ubezpieczenia

§ 16

1. Ubezpieczający ma do wyboru jedną z wysokości gwarantowanej sumy ubezpieczenia ustalanych przez Towarzystwo.
2. Wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia jest potwierdzona w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w indywidualnym certyfikacie.
3. Gwarantowana suma ubezpieczenia nie ulega zmianie w czasie trwania okresu ubezpieczenia.

Składki

§ 17

1. Z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki podstawowej za każdego Ubezpieczonego.
2. Wysokość składki podstawowej płaconej przez Ubezpieczającego na rzecz każdego z Ubezpieczonych może być różna, jednak nie niższa od składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo i obowiązującej w dniu początku okresu ubezpieczenia.

§ 18

1. Składka podstawowa, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, jest płatna z góry, przez cały okres ubezpieczenia, najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Pierwsza składka podstawowa powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego najpóźniej z dniem złożenia wniosku, o którym mowa § 4 ust. 1.
2. Składka podstawowa może być płatna w następujących częstotliwościach: rocznie, półrocznie, kwartalnie lub miesięcznie.
3. Ubezpieczający deklaruje we wniosku częstotliwość opłacania składek podstawowych. Zadeklarowana częstotliwość jest jednakowa dla składek płaconych za wszystkich Ubezpieczonych.

§ 19

1. Ubezpieczający może, w celu nabycia jednostek uczestnictwa na rzecz poszczególnych Ubezpieczonych, płacić składki dodatkowe w dowolnych terminach i wysokościach.
2. Opłacanie składek dodatkowych nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek podstawowych.
3. Strony umowy zawartej w wersji I mogą postanowić, iż składka dodatkowa może być wpłacana przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego również ze środków pochodzących od tego Ubezpieczonego.

§ 20

1. Składkę uważa się za opłaconą w dniu, w którym wpłynęła ona na konto Towarzystwa.
2. Przy płaceniu każdej składki Ubezpieczający zobowiązany jest doręczać do Towarzystwa:
 - 1) imienną listę Ubezpieczonych, na rzecz których opłacana jest składka, a w szczególności składka dodatkowa, z podaniem wysokości składki przeznaczonej na rzecz każdego z Ubezpieczonych znajdujących się na liście,
 - 2) potwierdzenie wpłaty składki na konto Towarzystwa podpisane przez osobę uprawnioną,
 - 3) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
3. Dodatkowo Ubezpieczający zobowiązany jest, w terminach wskazanych przez Towarzystwo, dostarczać do Towarzystwa imienną listę osób przystępujących i występujących z ubezpieczenia.

Indeksacja składek

§ 21

1. Składki podstawowe płacone przez Ubezpieczającego na rzecz każdego Ubezpieczonego podlegają indeksacji w każdą indywidualną rocznicę ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.
2. Składki, o których mowa w ust. 1 indeksuje się indeksem ustalonym przez Towarzystwo w zależności, między innymi od stopy inflacji.
3. Towarzystwo na dwa miesiące przed upływem każdego roku kalendarzowego informuje Ubezpieczającego na piśmie o indeksie ustalonym na następny rok kalendarzowy.

4. Ubezpieczający może odmówić indeksacji składek, doręczając Towarzystwu pisemne zawiadomienie o odmowie, w terminie 30 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 3. Niedoręczenie pisemnego zawiadomienia o odmowie indeksacji w ww. terminie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na indeksację składek.
5. Indeksom ustalonym stosownie do postanowień powyższych ustępów indeksowane będą składki płacone na rzecz tych Ubezpieczonych, których indywidualna rocznica ubezpieczenia przypada w roku kalendarzowym, na który ustalony został indeks.
6. Zindeksowana składka obowiązuje od dnia indywidualnej rocznicy ubezpieczenia, w którym składka została zindeksowana do dnia, w którym została dokonana kolejna indeksacja składki.

Rachunek Ubezpieczonego

§ 22

1. Fundusz tworzony jest na zasadach określonych w przepisach prawa i OWU, ze składek wpłaconych przez Ubezpieczającego w ramach umowy.
2. Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa.
3. W ramach funduszu Towarzystwo prowadzi dla każdego Ubezpieczonego rachunek.

§ 23

1. Towarzystwo przeznaczają na nabycie jednostek uczestnictwa, stosownie do imiennej listy Ubezpieczonych, o której mowa w § 4 ust. 2:
 - 1) nie mniej niż 80% składki podstawowej, wpłaconej na rzecz każdego Ubezpieczonego, należnej w pierwszym roku okresu ubezpieczenia;
 - 2) 100% składki podstawowej, wpłaconej na rzecz każdego Ubezpieczonego, należnej w następnych latach okresu ubezpieczenia.
2. Składka dodatkowa zapłacona przez Ubezpieczającego, po potrąceniu kosztów ustalanych przez Towarzystwo, przeznaczana jest na nabycie jednostek uczestnictwa dla Ubezpieczonego, na rzecz którego została zapłacona.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane w dniu, w którym na koncie Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do wszystkich osób, które w okresie objętym obowiązkiem opłacania składki mają być ubezpieczone i według ceny jednostki obowiązującej w tym dniu.
4. Cena jednostki uczestnictwa ustalana jest w dniu wyceny, nie rzadziej niż raz w miesiącu.
5. Nabyte na rzecz Ubezpieczonego jednostki uczestnictwa ewidencjonowane są na jego rachunku.

§ 24

1. Pierwszego dnia każdego miesiąca kalendarzowego trwania umowy liczba jednostek uczestnictwa znajdujących się na każdym rachunku ulega zmniejszeniu o liczbę jednostek uczestnictwa odpowiadającą swojej wartością wysokości składki przeznaczonej na ochronę ubezpieczeniową udzielaną Ubezpieczonemu, oraz wysokości kosztów administrowania polisą.
2. Wartość jednostek uczestnictwa odliczanych z rachunku, na zasadach określonych w ust. 1, ustalana jest według ceny jednostki uczestnictwa z ostatniego dnia wyceny.

§ 25

1. Wartość rachunku obliczana jest jako kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku oraz ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu obliczania.
2. Z zastrzeżeniem zapisów § 23 ust. 1 i 2, wartość rachunku zwiększana jest o kwotę składki, zapłaconej przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, dla którego prowadzony jest ten rachunek, w okresie między ostatnim dniem zakupu jednostek, a dniem ustalania wartości rachunku.

Wykup ubezpieczenia

§ 26

1. W czasie trwania umowy zawartej w wersji I, Ubezpieczający ma prawo do wykupu ubezpieczenia lub do częściowego wykupu ubezpieczenia.
2. W przypadku zawarcia umowy w wersji II, Ubezpieczony ma prawo do wykupu ubezpieczenia lub częściowego wykupu ubezpieczenia w odniesieniu do rachunku dla niego prowadzonego.
3. Wykup ubezpieczenia i częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest w wersji I na pisemny wniosek Ubezpieczającego, a w wersji II na pisemny wniosek Ubezpieczonego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu całości lub części wartości wykupu ubezpieczenia.

§ 27

1. Przed opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek podstawowych na rzecz Ubezpieczonego nie ma wartości wykupu ubezpieczenia dotyczącej danego Ubezpieczonego, o ile Ubezpieczający nie opłacał składek dodatkowych. Jeżeli Ubezpieczający opłacał składki dodatkowe, to wartość wykupu ubezpieczenia jest równa wartości jednostek uczestnictwa nabytych za wpłacone przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego składki dodatkowe.
2. Po opłaceniu pełnych dwóch rocznych składek podstawowych, na rzecz Ubezpieczonego, wartość wykupu ubezpieczenia dotycząca tego Ubezpieczonego jest równa wartości rachunku tego Ubezpieczonego.
3. Przy dokonywaniu wykupu (częściowego wykupu) ubezpieczenia wartość wykupu ubezpieczenia ustala się zgodnie z ceną jednostki obowiązującą w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę wartości wykupu.
4. O ile strony nie postanowią inaczej, dla Umów zawartych w wersji I wyłącza się możliwość wypłaty wartości wykupu w ciągu pierwszych 6 lat trwania okresu ubezpieczenia.

§ 28

1. Częściowy wykup ubezpieczenia może być dokonany, jeżeli łącznie spełnione są następujące warunki:
 - 1) wartość wykupu ubezpieczenia, której dotyczy wniosek, spełnia warunki, o których mowa w § 27.
 - 2) wartość rachunku, którego dotyczy wniosek, po wypłaceniu części wartości wykupu ubezpieczenia nie będzie niższa niż gwarantowana suma ubezpieczenia.
2. Wartość częściowego wykupu ubezpieczenia określana jest w wersji I przez Ubezpieczającego, a w wersji II przez Ubezpieczonego we wniosku, o którym mowa w § 26 ust. 3.

§ 29

1. Kwota należna z tytułu wykupu ubezpieczenia lub częściowego wykupu ubezpieczenia zostanie wypłacona osobie uprawnionej do jej otrzymania, stosownie do postanowień § 26 w formie jednorazowej wypłaty.
2. Kwota należna z tytułu wykupu ubezpieczenia i każdego częściowego wykupu ubezpieczenia, o których mowa wyżej, ulega pomniejszeniu o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.

§ 30

1. W przypadku dokonania częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością częściowemu wykupowi ubezpieczenia jest odejmowana z rachunku, którego dotyczył wniosek o wykup.
2. W przypadku wniosku o wykup ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem złożenia tego wniosku, względem Ubezpieczonego, którego rachunku dotyczył wniosek o wykup.
3. W przypadku, gdy umowa zawarta w wersji I przewiduje możliwość wpłacania składek dodatkowych przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego również ze środków pochodzących od tego Ubezpieczonego, Ubezpieczony, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, ma prawo dokonać częściowego wykupu ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania umowy.

4. Częściowy wykup ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 3 dotyczyć może wyłącznie jednostek uczestnictwa nabytych za składkę dodatkową, wpłacaną przez Ubezpieczającego na rzecz tego Ubezpieczonego ze środków pochodzących od danego Ubezpieczonego.

§ 31

1. Zarówno wykup ubezpieczenia, jak też częściowy wykup ubezpieczenia może dotyczyć jednego lub więcej rachunków, przy czym stosuje się odpowiednio postanowienia § 26-30.
2. Z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wykup ubezpieczenia dotyczącego wszystkich rachunków odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.

Zawieszenie opłacania składek

§ 32

1. Ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek podstawowych na rzecz Ubezpieczonego z zachowaniem warunków umowy, o ile na rzecz tego Ubezpieczonego opłacone zostały pełne dwie roczne składki podstawowe.
2. Prawo do zawieszenia opłacania składek podstawowych przysługuje Ubezpieczającemu pod warunkiem przesłania do Towarzystwa pisemnego zawiadomienia o zawieszeniu, nie później jednak niż przed upływem 30 dni od daty wymagalności pierwszej składki, którą Ubezpieczający pragnie zawiesić.
3. Płatność składek podstawowych jest zawieszana do dnia najbliższej indywidualnej rocznicy ubezpieczenia, przypadającej bezpośrednio po dniu wymagalności składki, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli w okresie zawieszenia opłacania składek podstawowych wartość rachunku Ubezpieczonego przestanie wystarczać na pokrycie składki za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej i kosztów administracyjnych, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tego Ubezpieczonego wygaśnie ostatniego dnia miesiąca, za który potrącono ostatnią składkę za udzielenie ochrony ubezpieczeniowej.
5. Postanowienia ust. 1 - 4 stosuje się odpowiednio w przypadku zawieszenia przez Ubezpieczającego płatności składek na rzecz więcej niż jednego Ubezpieczonego.

Nieopłacanie składek

§ 33

1. Jeżeli Ubezpieczający nie opłacił składki podstawowej na rzecz Ubezpieczonego w terminie 30 dni od dnia wymagalności tej składki, to odpowiedzialność Towarzystwa względem tego Ubezpieczonego ulega zawieszeniu pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego po miesiącu kalendarzowym, w którym upłynął wyżej wymieniony 30 dniowy okres.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do dnia, w którym Ubezpieczający wpłaci Towarzystwu kolejną składkę podstawową, powiększoną o kwotę zaległej składki oraz kwotę odpowiadającą wysokości składki za okres od dnia wymagalności składki do pierwszego dnia okresu, za który Ubezpieczający opłacił kolejną składkę podstawową, nie dłużej jednak niż do 60 dnia od dnia zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. W przypadku gdy Ubezpieczający spełni warunki określone w ust. 2 przed upływem 60 dniowego okresu, o którym mowa w ust. 2, wówczas odpowiedzialność Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego zostanie wznowiona, począwszy od dnia następnego po dniu spełnienia tych warunków.
4. W przypadku gdy Ubezpieczający nie spełni warunków określonych w ust. 2 przed upływem 60 dniowego okresu, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialność Towarzystwa względem danego Ubezpieczonego wygasa w dniu upływu ww. 60 dniowego okresu.
5. W przypadku gdy w odniesieniu do Ubezpieczonego, w stosunku do którego wygasła odpowiedzialność Towarzystwa istniała wartość wykupu ubezpieczenia, Towarzystwo, z zastrzeżeniem postanowień § 27-31, wypłaca wartość wykupu:
 - 1) Ubezpieczającemu, w ramach umowy zawartej w wersji I;
 - 2) właściwemu Ubezpieczonemu, w ramach umowy zawartej w wersji II.

6. Wypłata wartości wykupu ubezpieczenia następuje na wniosek osoby uprawnionej do otrzymania wypłaty.
7. Odpowiedzialność Towarzystwa może być wznowiona w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego tylko jeden raz w trakcie obowiązywania umowy.
8. W okresie zawieszenia odpowiedzialności, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zajścia jednego ze zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową polega wyłącznie na wypłacie świadczenia w wysokości wartości wykupu ubezpieczenia obliczonej na dzień zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia.

§ 34

Jeżeli, w związku z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa, liczba Ubezpieczonych objętych odpowiedzialnością w ramach umowy spadnie poniżej limitów określonych w § 5 ust. 1 OWU, to umowa ulega rozwiązaniu w terminie 30 dni od dnia powiadomienia Ubezpieczającego przez Towarzystwo o zajściu tej okoliczności.

Wypłata świadczeń

§ 35

1. Po dożyciu przez Ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia potwierdzonego w indywidualnym certyfikacie, Towarzystwo wypłaca wartość jego rachunku ustaloną w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jest przedstawienie Towarzystwu w szczególności następujących dokumentów:
 - 1) indywidualnego certyfikatu,
 - 2) dowodu tożsamości lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone w formie wypłaty jednorazowej z możliwością zawarcia ubezpieczenia rentowego będącego w ofercie Towarzystwa w dniu wypłaty świadczenia.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, wypłacane jest bezpośrednio Ubezpieczonemu.

§ 36

1. W razie zgonu Ubezpieczonego, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie stanowiące większą z kwot: gwarantowaną sumę ubezpieczenia albo wartość rachunku Ubezpieczonego ustaloną w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Jeżeli zgon Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, będzie następstwem wypadku, to przy ustalaniu większej kwoty Towarzystwo uwzględni podwójną gwarantowaną sumę ubezpieczenia zamiast gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
3. Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 1 lub ust. 2 jest zawiadomienie na formularzu Towarzystwa o zgonie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie w szczególności następujących dokumentów:
 - 1) indywidualnego certyfikatu,
 - 2) odpisu aktu zgonu,
 - 3) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - 4) w przypadku, zgonu będącego następstwem wypadku - także kopii raportu policyjnego z opisem wypadku,
 - 5) w przypadku, gdy zgon nastąpi w okresie 6 miesięcy od dnia początku okresu ubezpieczenia - dodatkowo zaświadczenie od Ubezpieczającego o dacie zatrudnienia.
4. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
5. Ubezpieczony może zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 4 w każdym czasie obowiązywania umowy.
6. Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
7. Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na formularzu Towarzystwa.
8. W przypadku, gdy suma wskazań procentowych Uposażonych przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały Uposażonych w kwocie świadczenia z tytułu zgonu są równe.

9. Jeżeli po wypłaceniu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego, nastąpi zgon Ubezpieczonego będący następstwem wypadku zaistniałego przed datą inwalidztwa, to wówczas Towarzystwo wypłaci kwotę świadczenia stanowiącą uzupełnienie o różnicę między kwotą należnego świadczenia z tytułu zgonu w następstwie wypadku Ubezpieczonego, a kwotą wypłaconą z tytułu inwalidztwa.

§ 37

1. W razie inwalidztwa Ubezpieczonego, zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu większą z kwot: gwarantowaną sumę ubezpieczenia albo wartość rachunku tego Ubezpieczonego ustaloną w dniu zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 1 jest zawiadomienie na formularzu Towarzystwa o inwalidztwie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie w szczególności następujących dokumentów:
 - 1) indywidualnego certyfikatu,
 - 2) orzeczenia inwalidztwa przez komisję lekarską wskazaną przez Towarzystwo.
 - 3) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę inwalidztwa, wystawionego przez lekarza lub odnośne władze.

§ 38

Jeżeli zgon Ubezpieczonego lub zgon w następstwie wypadku nastąpił w wyniku umyślnego przestępstwa dokonanego przez Uposażonego, to świadczenie Uposażonemu nie zostanie wypłacone. W takim przypadku, oraz jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, albo gdy Uposażony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił 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 jest dzieci i współmałżonka,
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka.

§ 39

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
2. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 1, nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
3. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo uzasadni swoje stanowisko na piśmie i powiadomi o prawie dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej umowy na drodze sądowej.

§ 40

1. W przypadku gdy zgon Ubezpieczonego w tym również zgon w następstwie wypadku, nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku jednego ze zdarzeń, o których mowa w § 41 ust. 1 i ust. 2, Towarzystwo wypłaci osobie uposażonej wyłącznie świadczenie w wysokości wartości wykupu ubezpieczenia.
2. W przypadku gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku jednego ze zdarzeń, o których mowa w § 41 ust. 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wyłącznie świadczenie w wysokości wartości wykupu ubezpieczenia.

Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa

§ 41

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest ograniczona stosownie do postanowień § 40, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, oraz z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego, jest ograniczona stosownie do postanowień § 40, jeżeli zgon w następstwie wypadku lub inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - 1) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
 - 2) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, a w szczególności utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji; w przypadku odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, za powyższe zdarzenia, jeżeli zdarzenia te spowodowane były wypadkiem.
 - 3) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - 4) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego;
 - 5) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - 6) 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;
 - 7) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych;
 - 8) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego typu, bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem promieniowania elektrycznego, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecane przez lekarza; w przypadku odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli zalecenie to miało miejsce w bezpośrednim związku z wypadkiem;
 - 10) infekcji lub choroby, powstałej przed datą przystąpienia do ubezpieczenia, o których wiedział Ubezpieczony; w przypadku odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli infekcja lub choroba była spowodowana wypadkiem;
 - 11) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę; w przypadku odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli zatrucie było spowodowane wypadkiem;
 - 12) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności; w przypadku odpowiedzialności z tytułu zgonu w następstwie wypadku Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, jeżeli stan ograniczonej poczytalności był spowodowany wypadkiem.
3. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi po upływie 90 dni od zajścia wypadku.

Rozwiązanie umowy

§ 42

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy, w terminie 30 dni w przypadku osób fizycznych i 7 dni w przypadku osób prawnych, licząc od dnia jej zawarcia.
W takim przypadku Towarzystwo, w terminie 30 dni od dnia doręczenia oświadczenia o odstąpieniu, zwraca Ubezpieczającemu składkę, o ile nie zaistniało zdarzenie ubezpieczeniowe stanowiące przedmiot odpowiedzialności Towarzystwa. Przy zwrocie składki potrącone zostają opłaty manipulacyjne.
2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo pisemnego wypowiedzenia umowy z zachowaniem trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia. Towarzystwo wypłaca wówczas wartość wykupu wszystkich rachunków, w trybie zapisów § 26-32:
 - 1) w przypadku zawarcia umowy w wersji I - Ubezpieczającemu;
 - 2) w przypadku zawarcia umowy w wersji II - Ubezpieczonym.
3. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem dokonania przez Towarzystwo, stosownie do postanowień § 31, wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych.
4. Nieuiszczenie przez Ubezpieczającego składki podstawowej nie oznacza wypowiedzenia umowy.

Doręczenia i powiadomienia

§ 43

1. Wnioski, oświadczenia, informacje, powiadomienia, o których mowa w OWU, Ubezpieczający lub osoba uprawniona doręcza Towarzystwu w formie pisemnej, pod rygorem nieważności:
 - 1) osobiście w siedzibie Towarzystwa lub
 - 2) listem poleconym przesłanym na adres siedziby Towarzystwa.
2. Ubezpieczający, jak również Ubezpieczony mają obowiązek wskazania adresu dla doręczeń oraz powiadomienia Towarzystwa o każdej zmianie tego adresu.
3. Obowiązek doręczenia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu powiadomień, decyzji lub innych informacji przewidzianych w OWU jest prawidłowo wykonany przez Towarzystwo, jeśli pismo zostało przesłane listem poleconym na ostatni adres podany przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego do wiadomości Towarzystwa zgodnie z ust. 2.

Postanowienia końcowe

§ 44

1. Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych OWU.
2. O ile strony nie ustalą inaczej, to w przypadku zawarcia umowy w wersji I:
 - 1) w okresie pierwszych sześciu lat trwania okresu ubezpieczenia wyłącza się możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia;
 - 2) osobą uprawnioną do świadczeń, o których mowa w § 35-37 nie może być Ubezpieczający.

§ 45

W braku odmiennych postanowień OWU, wszelkie zmiany warunków umowy wymagają zgodnych oświadczeń Ubezpieczającego i Towarzystwa, złożonych w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

§ 46

Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę stanowią niniejsze OWU, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisa grupowa oraz indywidualne certyfikaty.

§ 47

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. Nr 16, poz. 93 z późn.zm.) oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344 z późn. zm.).
2. Wszystkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstałe w związku z jej wykonaniem będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy miejscowo ze względu na siedzibę Towarzystwa.

§ 48

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. Nr 26/99 i wchodzi w życie z dniem 1 sierpnia 1999 roku.

Warszawa, dnia 29 lipca 1999 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu