

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Plan Inwestycyjny Prestiż dla Klientów Bankowości Prywatnej Banku Pekao S.A.

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Plan Inwestycyjny Prestiż (zwane dalej: OWU) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Plan Inwestycyjny Prestiż dla Klientów Bankowości Prywatnej Banku Pekao S.A. zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. i Klientów Bankowości Prywatnej Banku Pekao S.A.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w OWU oraz innych dokumentach związanych z ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Plan Inwestycyjny Prestiż dla Klientów Bankowości Prywatnej Banku Pekao S.A. nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **alokacja składki** – procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki doraźnej pomiędzy wybrane fundusze, w celu nabycia jednostek uczestnictwa tych funduszy,
- 2) **Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna (Bank)** – Agent ubezpieczeniowy (przedstawiciel Ubezpieczyciela) działający na rzecz i w imieniu TU Allianz Życie Polska S.A. na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, wpisana do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego,
- 3) **cena jednostki** – wartość jednostki uczestnictwa, według której Ubezpieczyciel przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa oraz umarza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach jednostek,
- 4) **czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona,
- 5) **czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek,
- 6) **czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi,
- 7) **Doradca Bankowy** – pracownik Banku, wykonujący czynności agencyjne w imieniu Banku, odpowiedzialny za bezpośrednią merytoryczną obsługę Klientów Bankowości Prywatnej wpisany w rejestrze agentów ubezpieczeniowych Komisji Nadzoru Finansowego,
- 8) **Dyrekcja Generalna Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Ubezpieczyciela; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Ubezpieczyciela wskazany w polisie,
- 9) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
- 10) **dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Ubezpieczyciel rozpoczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową,
- 11) **fundusz lub ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną część aktywów Ubezpieczyciela ułożoną na zasadach przewidzianych regulaminem, tworzoną ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia; pojęcie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (funduszu) odnosi się również do portfeli modelowych,
- 12) **jednostki uczestnictwa (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz,
- 13) **Klient Banku** – osoba fizyczna korzystająca z usług Banku, obsługiwana w Pionie Bankowości Prywatnej, posiadająca odrębną umowę dotyczącą obsługi w Pionie Bankowości Prywatnej, która jest zainteresowana zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 14) **miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w polisie, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego; ostatni miesiąc polisowy kończy się w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 15) **ogólne warunki ubezpieczenia (OWU)** – określają przedmiot i zakres ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Plan Inwestycyjny Prestiż dla Klientów Bankowości Prywatnej Banku Pekao S.A., sposób zawierania umowy, ryzyka i czas ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, prawa i obowiązki stron umowy, sposób ustalania wysokości oraz tryb wypłaty świadczeń,
- 16) **opłata wstępna** – wartość określona w Tabeli opłat i limitów jako procent wpłaconej składki podstawowej, pobierana na zasadach określonych w § 9,
- 17) **opłata administracyjna** – wartość wskazana w Tabeli opłat i limitów pobierana na zasadach określonych w § 9,
- 18) **opłata za ochronę ubezpieczeniową** – kwota opłaty obliczana jako iloczyn sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, ustalonej na podstawie aktualnego w danym roku polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli opłat i limitów, pobierana jest na zasadach określonych w § 9,
- 19) **opłata za całkowity wykup / częściowy wykup** – wartość określona procentowo, pobierana ze środków pochodzących z umarzanego jednostek w związku z całkowitym wykupem / częściowym wykupem, na zasadach określonych w § 10,
- 20) **osoba uprawniona** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego; jest nią Uposażony lub osoby wskazane w § 11 ust. 3 pkt 3,
- 21) **polisa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki na jakich została ona zawarta,
- 22) **rachunek jednostek** – odpowiednio rachunek podstawowy i rachunek swobodnego dostępu, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących z wpłaconych składek,
- 23) **rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składki podstawowej,
- 24) **rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych,
- 25) **regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia Plan Inwestycyjny Prestiż lub Regulamin Portfeli Modelowych dla ubezpieczenia Plan Inwestycyjny Prestiż, będące załącznikami nr 2 i 3 do OWU, stanowiące ich integralną część, wskazujące zasady funkcjonowania funduszy oferowanych przez Ubezpieczyciela,
- 26) **rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej rocznicy polisy,
- 27) **rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 28) **składka** – odpowiednio składka podstawowa lub składka doraźna,
- 29) **składka doraźna** – składka niezależna od składki podstawowej, uiszczana dodatkowo i dobrowolnie na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy, za którą po wystawieniu polisy nabywane są jednostki uczestnictwa lokowane na rachunku swobodnego dostępu. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki doraźnej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 30) **składka podstawowa** – składka opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz potwierdzona w polisie. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 31) **suma ubezpieczenia** – określona w Polisie kwota gwarantowana przez Ubezpieczyciela na wypadek śmierci Ubezpieczonego,

- 32) **suma na ryzyku** – odpowiada sumie ubezpieczenia w wysokości 2000 zł, z zastrzeżeniem postanowień zdania następnego. Jeżeli różnica między wartością wpłaconych składek pomniejszoną o kwotę dokonanych częściowych wykupów, a wartością jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek jest dodatnia, wówczas suma na ryzyku zostaje powiększona o wartość tej różnicy,
- 33) **Tabela opłat i limitów** – załącznik nr 1 do OWU, stanowiący ich integralną część, wskazujący wartości, o których w nich mowa,
- 34) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca Klientem Banku, która na rachunek Ubezpieczonego, za jego zgodą, zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia składki podstawowej,
- 35) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową; W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia na własny rachunek Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,
- 36) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości),
- 37) **umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU,
- 38) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 39) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia (Wniosek)** – formularz Ubezpieczyciela, zawierający ofertę Ubezpieczającego zawarcia umowy ubezpieczenia, określający wysokość sumy ubezpieczenia oraz dyspozycje nabycia jednostek funduszy,
- 40) **wartość całkowitego/częściowego wykupu** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w § 10 OWU,
- 41) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia, polegające na śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania tej ochrony.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Obok zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego, celem umowy ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

2.

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości:

- sumy ubezpieczenia w wysokości 2000 zł oraz
- wyższej z dwóch wartości:
wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych na zasadach określonych w regulaminie lub wartości wpłaconych składek pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

3.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
- czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,

Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie równe wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym i rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonej według cen jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

- Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego przez Klienta Banku, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat.
- Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
- Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający otrzymuje tekst OWU wraz z załącznikami.

2.

Umowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na formularzu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, wypełnionym i podpisanym przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeśli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym). Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do prawidłowego i kompletnego wypełnienia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

3.

Wniosek przekazywany jest przez Bank do Dyrekcji Generalnej Allianz.

4.

- Ubezpieczyciel w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wystawi polisę, która potwierdza objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia. Polisa zostanie wysłana w terminie 5 dni roboczych od daty nabycia jednostek uczestnictwa.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu składki podstawowej.

6.

Na podstawie uzyskanych przez Ubezpieczyciela informacji zawartych we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia w przypadku niespełnienia warunków określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia. Decyzję, o której mowa w zdaniu powyższym Ubezpieczyciel podejmie w terminie 7 dni roboczych licząc od dnia wpływu Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

7.

W przypadku odmowy, o której mowa w ust. 6 Ubezpieczyciel zwróci wpłaconą składkę (podstawową oraz doraźną) w terminie do 5 dni roboczych od daty podjęcia decyzji o odmowie i poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego.

8.

Umowa nie dochodzi do skutku jeżeli składka podstawowa została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5

Składka podstawowa i rachunek podstawowy

1.

- Wpłata na poczet składki podstawowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela następuje najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- Składkę podstawową uznaje się za wpłaconą w dniu, w którym wpłynęła w pełnej wysokości, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
- Kwota składki podstawowej powinna być zgodna z kwotą składki podstawowej zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów.
- W przypadku nie wpłynięcia składki podstawowej na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy w ciągu 5 dni roboczych od dnia podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Postanowienia zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do wpłaty składki podstawowej w niepełnej wysokości.
- Ubezpieczyciel w terminie 5 dni roboczych od dnia nieterminowej wpłaty składki podstawowej dokona zwrotu tej wpłaty na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, jeżeli taka wpłata została dokonana na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota składki podstawowej określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w terminie określonym w pkt 5.
- Po zarejestrowaniu wpłaty składki w niepełnej wysokości oraz upływie terminu, o którym mowa w pkt 4, w którym Ubezpieczyciel oczekuje na dopłatę do pełnej wysokości składki podstawowej, w razie jej braku Ubezpieczyciel dokona zwrotu wpłaconej kwoty w terminie, o którym mowa w pkt 5, a następnie poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego.

2.

- Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki złożoną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy

- ubezpieczenia i po przeliczeniu na jednostki uczestnictwa ewidencjonowana jest na rachunku podstawowym.
- 2) Ubezpieczyciel przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa kwotę wpłaconej składki podstawowej pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
 - 3) Liczbę jednostek uczestnictwa danego funduszu nabywanych z wpłaconej składki podstawowej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek uczestnictwa danego funduszu przez cenę jednostki uczestnictwa tego funduszu w terminach i na zasadach określonych w regulaminie.

§ 6

Składki doraźne i rachunek swobodnego dostępu

1.

- 1) W każdym czasie, niezależnie od składki podstawowej, Ubezpieczający może dokonywać wpłat składek doraźnych.
- 2) Wysokość składki doraźnej jest dowolna, jednak nie może ona być niższa od minimalnej składki doraźnej określonej w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Datą zapłaty składki doraźnej jest dzień wpływu tej składki, w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki doraźnej, na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy.
- 4) W przypadku odnotowania wpłaty składki w wysokości niższej niż minimalna, Ubezpieczyciel zwróci na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego wpłaconą kwotę w terminie 5 dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

2.

- 1) Składka doraźna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją określoną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dyspozycji zmiany alokacji składki i po przeliczeniu na jednostki uczestnictwa ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.
- 2) Ubezpieczyciel przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki doraźnej.
- 3) Liczbę jednostek uczestnictwa nabywanych z wpłaconej składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek uczestnictwa danego funduszu przez cenę jednostki uczestnictwa tego funduszu w terminach i na zasadach określonych w regulaminie.

§ 7

Alokacja składki i przeniesienie środków

1.

- 1) Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz składki doraźnej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo w ramach jednej umowy ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, w które będą inwestowane składki.
- 2) Dyspozycja alokacji składki dla danego rachunku powinna być określona procentowo z dokładnością do 1 i stanowić łącznie 100, z zastrzeżeniem, że udział procentowy składki lokowanej w jeden fundusz nie może być mniejszy niż 10.
- 3) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy Ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki doraźnej (tzw. zmiana alokacji składki), z zastrzeżeniem postanowień pkt 2). Zmiana alokacji składki doraźnej jest realizowana na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczającego. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim w formie pisemnej (za pośrednictwem Banku, bądź wysyłając lub składając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz).
- 4) Zmiana alokacji składki doraźnej następuje w ciągu:
 - a) 5 dni roboczych od daty wpłynięcia odpowiedniego wniosku do Dyrekcji Generalnej Allianz jeśli wysyłany jest on na adres Dyrekcji Generalnej Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Dyrekcji Generalnej Allianz,
 - b) 8 dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku w dowolnej jednostce organizacyjnej Banku.
- 5) Za realizację dyspozycji zmiany alokacji składki doraźnej Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

2.

- 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może przenieść środki w ramach danego rachunku między dostępnymi funduszami. Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczającego i odbywa się poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa wskazanego funduszu i nabycie (ze środków uzyskanych z umorzenia) jednostek innego lub innych wskazanych funduszy w terminach i na zasadach określonych w regulaminie. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim w formie pisemnej (za pośrednictwem Banku, bądź wysyłając lub składając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz).
- 2) Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane, jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, co uniemożliwia jej realizację.

- 3) Za realizację dyspozycji przeniesienia środków Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

§ 8

Fundusze

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, OWU oraz Regulaminie.
- 2) Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
- 3) Ubezpieczyciel dla każdej umowy ubezpieczenia prowadzi rachunki jednostek, na których są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa poszczególnych funduszy nabywane za alokowane składki.

§ 9

Oplaty

W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobierane są następujące opłaty:

- 1) **opłata wstępna** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent wpłaconej składki podstawowej, pobierana ze składki podstawowej przed jej przeliczeniem na jednostki uczestnictwa. Opłata wstępna pokrywa koszty Ubezpieczyciela związane z zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 2) **opłata za ochronę ubezpieczeniową** – opłata pobierana za czas świadczenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, obliczana jako iloczyn sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, ustalonej na podstawie aktualnego w danym miesiącu polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli opłat i limitów. Pobierana jest w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z rachunku podstawowego za każdy miesiąc polisowy z góry, pierwszego dnia danego miesiąca polisowego, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości rachunku podstawowego, według cen jednostek uczestnictwa z dnia pobrania opłaty. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym Ubezpieczyciel jej nie świadczył,
- 3) **opłata administracyjna** – opłata za administrowanie funduszami, w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent średniego stanu ilości jednostek funduszu na danym rachunku za dany miesiąc polisowy. Średni stan ilości jednostek funduszu na danym rachunku liczony jest jako suma ilości jednostek w każdym dniu miesiąca polisowego, podzielona przez liczbę dni w tym miesiącu. Opłata administracyjna jest pobierana w pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego, za miesiąc poprzedni z dołu, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z funduszu na danym rachunku. Jeżeli w trakcie pobierania opłaty w funduszu brak jest środków, opłata pobierana jest proporcjonalnie z funduszy, w których jednostki uczestnictwa posiada Ubezpieczający. W razie przeniesienia środków, częściowego wykupu polisy lub rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel, odpowiednio przed przeniesieniem środków, częściowym wykupem oraz w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia, pobierze część opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rejestracji operacji: przeniesienia środków, częściowego wykupu lub do dnia rozwiązania umowy,
- 4) **opłata za całkowity wykup/ częściowy wykup** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent środków pochodzących z umarżanych jednostek uczestnictwa zgodnie z trybem określonym w § 10.

§ 10

Całkowity wykup i częściowy wykup

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do całkowitego wykupu lub do częściowego wykupu.
- 2) Całkowity wykup lub częściowy wykup może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Ubezpieczyciela odpowiednio wartości całkowitego wykupu lub częściowego wykupu, na zasadach określonych poniżej. Ubezpieczający składa wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem Banku bądź wysyłając lub składając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz).
- 3) Całkowity wykup polega na umorzeniu wszystkich jednostek uczestnictwa w terminach i na zasadach określonych w regulaminie. Wartość całkowitego wykupu odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku podstawowym oraz rachunku swobodnego dostępu, pomniejszonych o opłatę za całkowity wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.

2.

- 1) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż od dnia wystawienia polisy (dnia zakupu jednostek za składkę podstawową).
- 2) Częściowy wykup polega na umorzeniu z właściwego rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Wartość częściowego wykupu odpowiada wartości jednostek uczestnictwa, wskazanych przez Ubezpieczającego we wniosku, zewidencjonowanych na rachunkach jednostek, pomniejszonych o opłatę za częściowy wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Szacowana kwota częściowego wykupu określana jest jako iloczyn wskazanej przez Ubezpieczającego liczby jednostek wskazanych funduszy i ceny tych jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polisy Ubezpieczyciela. Kwota częściowego wykupu nie może być niższa niż minimalna kwota częściowego wykupu określona w Tabeli opłat i limitów.
- 4) Niezależnie od innych postanowień wartość rachunku podstawowego po dokonaniu częściowego wykupu z rachunku podstawowego, szacowana na podstawie cen jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polisy Ubezpieczyciela nie może być niższa niż minimalna wartość rachunku podstawowego określona w Tabeli opłat i limitów.
- 5) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania funduszy, z których mają być wycofane środki, Ubezpieczyciel dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych funduszach.
- 6) W sytuacji, gdy nie zostaną spełnione warunki określone w pkt 3 lub 4 powyżej, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
 - a) odmowy realizacji wykupu częściowego,
 - b) wycofania jednostek z funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

3.

- 1) Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela wartości całkowitego wykupu lub częściowego wykupu są:
 - poprawnie wypełniony wniosek o całkowity wykup / częściowy wykup,
 - kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez przedstawiciela Ubezpieczyciela, Doradcę Bankowego lub notariusza za zgodność z oryginałem.
- 2) Kwota należna z tytułu całkowitego wykupu lub częściowego wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie:
 - a) 10 dni roboczych od daty wpływu kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1 do Dyrekcji Generalnej Allianz jeśli wysyłany jest on na adres Dyrekcji Generalnej Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Dyrekcji Generalnej Allianz;
 - b) 13 dni roboczych od daty złożenia kompletu dokumentów wskazanych w pkt 1 w dowolnej jednostce Banku.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując jednocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpływu pisemnego zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela.
- 4) Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) odpis aktu zgonu,
 - b) dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
 - c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazane przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpływie zawiadomienia o zajściu zdarzenia.Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub uprawnionego przedstawiciela Ubezpieczyciela.
- 5) Na podstawie zgromadzonej dokumentacji Ubezpieczyciel przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,

- b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
- c) wysokości świadczenia,
- d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
- e) sposobu przekazania świadczenia.

2.

- 1) Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia go o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) 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 Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 4) W razie odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci wartość całkowitego wykupu. Umorzenie jednostek z tytułu wykupu następuje w terminach i na zasadach określonych w regulaminie.

3.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z dyspozycji Ubezpieczonego.
- 3) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

4.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.
- 3) Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpływu oświadczenia o zmianie Uposażonego do Ubezpieczyciela.
- 4) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.

§ 12

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy do 30 dnia (włącznie) od daty jej zawarcia.

2.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia Ubezpieczyciel w terminie:

- a) 10 dni roboczych od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Allianz jeśli wysyłane jest ono na adres Dyrekcji Generalnej Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Dyrekcji Generalnej Allianz;
- b) 13 dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu w dowolnej jednostce Banku lub Ubezpieczyciela,

zwróci Ubezpieczającemu wartość rachunków jednostek, którą ustala się w oparciu o cenę jednostek w terminach określonych w Regulaminie:

- 1) powiększoną o opłatę wskazane w § 9
- 2) i pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Allianz jej udzielał.

Za datę odstąpienia od umowy przyjmuje się dzień wpływu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Ubezpieczyciela.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę w każdym czasie, składając Ubezpieczycielowi odpowiednie oświadczenie. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 2) Wypowiedzenie umowy jest równoznaczne z wnioskiem o całkowity wykup polisy. Całkowity wykup polisy realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 1.

4.

Umowa rozwiązuje się z dniem:

- a) odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy, na zasadach określonych w ust. 1 i 2,
- b) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 3,
- c) śmierci Ubezpieczonego,
- d) doręczenia wniosku o całkowity wykup polisy do Ubezpieczyciela,
- e) w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9.

§ 13

Składanie oświadczeń w trakcie Ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia oraz dyspozycje i oświadczenia związane z jej wykonaniem lub jej rozwiązaniem wymagają formy pisemnej i powinny być zgłaszane na formularzach przygotowanych w tym celu przez Ubezpieczyciela.

2.

Jeżeli w dniu wpływu dyspozycji lub oświadczeń, o których mowa w ust. 1 lub w dniu ich rejestracji w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela, są inne dyspozycje/oświadczenia w trakcie realizacji, uniemożliwiające wykonanie nowej dyspozycji/oświadczenia, wówczas Ubezpieczyciel zrealizuje złożone dyspozycje/oświadczenia według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy realizacji określone w regulaminie oraz OWU będą liczone począwszy od dnia, w którym upłynął termin realizacji poprzedniej dyspozycji/oświadczenia.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Ubezpieczyciel są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu oraz danych osobowych w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian.

§ 14

Obowiązki informacyjne Ubezpieczyciela

1.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy, Ubezpieczyciel jest obowiązany przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

2.

Ubezpieczyciel jest obowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości całkowitego wykupu.

3.

Poza obowiązkiem, o którym mowa w ust. 2, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel w dowolnym momencie, nieodpłatnie udostępni informacje, o których mowa w ust. 2, oraz informacje o stanie rachunków jednostek.

§ 15

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

1.

- 1) W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, dla skutecznego zawarcia umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego o treści zawartej na jego rachunek umowy, a Ubezpieczony wyraził zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki.
- 2) Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w § 14 ust. 1 i 2, niezwłocznie po ich otrzymaniu, w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. W przypadku informacji, o których mowa w § 14 ust. 1, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.
- 2) W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w pkt 1, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 16

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą składać Ubezpieczycielowi skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia ustnie lub pisemnie za pośrednictwem poczty, kuriera lub osobiście. Jednostką właściwą do rozpatrywania skarg lub zażaleń jest Dyrekcja Generalna (Centrala). Niezwłocznie po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, nie później niż w terminie 30 dni od daty ich otrzymania, Ubezpieczyciel powiadamia w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie o sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia. Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

2.

Przy wykonywaniu umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych przepisów prawa polskiego.

3.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego do otrzymania świadczenia.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 33/2013 r. z dnia 10 lipca 2013 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez Bank od dnia 29 lipca 2013 roku.

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Michael Müller
Wiceprezes Zarządu

Piotr Dzikiewicz
Wiceprezes Zarządu

Stanisław Borkowski
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu