

„Specjalnie dla Ciebie”

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, zwanych dalej „umowami ubezpieczenia”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

§ 2

Definicje

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy Uposażony nie żyje albo nie istnieje zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu;

Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta;

Składka regularna – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie;

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia;

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia;

Suma ubezpieczenia – określona w polisie, minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

Umowy dodatkowe – umowy ubezpieczenia uzupełniające umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione;

Rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy;

Zaakceptowanie ryzyka – podjęcie przez Towarzystwo decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami;

Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa;

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest każdy Fundusz;

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu w przypadkach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

Wariant I – wariant umowy ubezpieczenia, w którym składka ubezpieczeniowa przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Funduszu. Odpowiednia część zakupionych jednostek uczestnictwa pokrywa koszty ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu. Jednostki uczestnictwa ewidencjonowane są na indywidualnym rachunku jednostek w ramach Funduszu;

Wariant II – wariant umowy ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 1000 zł, zaś składka ubezpieczeniowa od momentu kiedy wartość funduszu przekroczy poziom 1000 zł jest w całości inwestowana;

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewała ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;

Akt terroru – dokonanie lub groźba 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;

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

3.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych w przypadku gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej dołączonej do umowy ubezpieczenia.

4.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wystawienia polisy lub do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka, Towarzystwo ograniczy się do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu umowy ubezpieczenia jednak nie wyższej niż 100 000 zł, jeżeli śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku oraz Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.

5.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego, zarówno w okresie ograniczonej jak i pełnej ochrony ubezpieczeniowej, jest ograniczona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- 2) W powyższych przypadkach zostanie wypłacona wartość wykupu.
- 3) Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności określonej w ust. 4, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) pozostawiania Ubezpieczonego 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,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
 - f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

6.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariancie II postanowień ust. 3, 4 oraz ust. 5 pkt 3 nie stosuje się.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 13 lat i nie ma ukończonych 71 lat z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.

- 1) W przypadku zawarcia umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 61 lat, umowa ubezpieczenia może być zawarta pod warunkiem, że składka będzie opłacona jednorazowo.
- 2) W przypadku zawarcia umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ma ukończonych 18 lat, Ubezpieczony może być jednocześnie Ubezpieczającym pod warunkiem, że przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego podpisze stosowne oświadczenie przygotowane do tego celu przez Towarzystwo.

4.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

5.

- Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:
- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionej wyżej formularza,
 - b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,

- c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

6.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,
- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia,
- c) niezaakceptowania ryzyka.

7.

Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

8.

W przypadku niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

9.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

10.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

11.

W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosownie do postanowień § 3 ust. 4. oraz 5.

12.

Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

13.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

14.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 8 stosuje się odpowiednio.

15.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia

polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

16.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

17.

Z dniem, o którym mowa w ust. 16 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

18.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II postanowień ust. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 oraz 14 nie stosuje się.

19.

Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

20.

Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Suma ubezpieczenia

1.

Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu. W przypadku wariantu II suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia i wynosi 1000 zł.

2.

Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia, za zgodą Towarzystwa, raz w ciągu roku polisowego i nie więcej niż o 30% w odniesieniu do wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałaby obowiązywać. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki.

3.

Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania dodatkowe.

4.

Postanowień ust. 2 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy oraz w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II.

§ 6 Składki

1.

- 1) Składka może być opłacana regularnie lub jednorazowo.
- 2) Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku, lub co kwartał, lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 4) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący

rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.

- 6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak niż 500 zł.
- 7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 8) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
- 9) Postanowień pkt 8 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

2.

1. Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
2. W przypadku gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 pkt 3, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomiania o tym Ubezpieczającego.
3. Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a wpłacał składki doraźne, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu otrzymania wniosku o wypłatę, przeliczonych po cenie sprzedaży jednostki z dnia rozwiązania umowy.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynęła składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się na ubezpieczenie bezskładkowe.
6. W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 9 ust. 4,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4.
Przekształcenie ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.
7. Po zamianie ubezpieczenia na bezskładkowe Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy.
8. Wraz z przekształceniem umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający traci prawo do przeniesienia jednostek pomiędzy Funduszami.

3.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym, tym samym, Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przejęło na siebie ten obowiązek.

§ 7 Indeksacja składek i sumy ubezpieczenia

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego oraz suma ubezpieczenia podlegają indeksacji w rocznicę polisy, przy czym postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

2.

Przed rocznicą polisy Towarzystwo może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji lub indeksowaniu wyłącznie składki powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki.

4.

Odmowa indeksacji składki w trzech kolejnych rocznicach polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji sumy ubezpieczenia w przypadku indeksacji składki powoduje utratę prawa do indeksacji sumy ubezpieczenia w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji składki jest równoznaczna z odmową indeksacji sumy ubezpieczenia.

5.

Postanowienia ust. 2 i ust. 3 stosują się odpowiednio do indeksacji sumy ubezpieczenia.

6.

W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II nie istnieje możliwość indeksacji sumy ubezpieczenia.

§ 8 Czasowe zawieszenie opłacania składek

- 1) Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Towarzystwa, do czasowego zawieszenia opłacania składek regularnych, o ile opłacone zostały pełne dwie roczne składki regularne i w ciągu ostatnich dwóch lat nie został dokonany częściowy wykup polisy.
- 2) Czasowe zawieszenie opłacania składek może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty składki regularnej.
- 3) Płatność składek może być zawieszona na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie, nie dłuższy jednak niż 12 miesięcy.
- 4) Zawieszenie opłacania składek regularnych może być dokonane nie częściej niż raz na 4 lata.
- 5) W okresie zawieszenia opłacania składek warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4.
- 6) Towarzystwo może wyrazić zgodę na dłuższy okres zawieszenia i częściej niż raz na 4 lata pod warunkiem, że wartość jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia.

§ 9

Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający ma prawo, w ramach jednej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który inwestowane będą składki wpłacane przez Ubezpieczającego.
- 3) Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
- 4) W ramach każdego Funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym Funduszem ustalana jest przede wszystkim w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów każdego Funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa ustalane są w oparciu o wartość rynkową wszystkich lokat związanych z danym Funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) Cena kupna jednostki uczestnictwa nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia przeznaczane są na nabywanie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne, składka jednorazowa oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym terminie może zmienić udział procentowy każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególnych Funduszach jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenosić środki pomiędzy Funduszami, przy czym postanowienia pkt 3 stosuje się odpowiednio. W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany w danym roku polisowym jest wolna od opłaty. Za każdą następną pobierana jest opłata ustalana przez Towarzystwo.
- 5) Zmiany wymienione w pkt 4 następują najpóźniej w ciągu 5 dni od otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku.
- 6) Składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej. W przypadku innej alokacji niż składka regularna, Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć wniosek określający w jaki sposób ma być alokowana składka doraźna, przy czym postanowienia pkt 3 stosuje się odpowiednio.
- 7) Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu

jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5 dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy.

- 8) Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego będzie informować o stanie rachunków jednostek.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty według następującego schematu :
 - a) Towarzystwo wylicza wysokości opłat za ochronę ubezpieczeniową oraz opłat administracyjnych, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowych,
 - b) Część opłat, o których mowa w pkt 1 litera a) obciążających rachunek jednostek w danym Funduszu ustalana jest proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się w oparciu o cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa na dany dzień,
 - c) Z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt 1 litera a) obciążających dany rachunek jednostek według ceny sprzedaży jednostki na dany dzień.
- 2) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się w oparciu o różnicę między sumą ubezpieczenia oraz wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich Funduszach. W przypadku zawarcia umów dodatkowych: ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku oraz ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się w oparciu o wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu danej umowy dodatkowej.
- 3) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z Funduszy pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszem.
- 4) Koszty zarządzania Funduszem nie mogą przekroczyć w skali roku 2% aktywów tego Funduszu.

§ 10

Wykup polisy

1.

- 1) Przed upływem 2 lat trwania umowy i opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy, o ile umowa nie jest opłacona składką jednorazową.
- 2) Wartość wykupu polisy ustalana jest w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i stanowi określoną procentowo część wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 3) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy.
- 4) Wykup polisy i częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio całości lub części wartości wykupu.
- 5) Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowego wykupu po upływie dwóch lat trwania umowy. Jeżeli umowa opłacona jest składką jednorazową Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowego wykupu od razu.
- 6) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia Ubezpieczający może w każdym czasie dokonać częściowego wykupu polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć większej z wartości:
 - a) różnicy między wartością jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek a sumą ubezpieczenia,

- b) 30% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek,
- 7) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek jest równa bądź mniejsza od sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu, nie częściej jednak niż raz na cztery lata, pod warunkiem, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 8) W przypadku częściowego wykupu Towarzystwo może pomniejszyć sumę ubezpieczenia o wartość większą niż wartość częściowego wykupu.
- 9) Kwota częściowego wykupu nie może być mniejsza niż 1000 zł.
- 10) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.

2.

- 1) W przypadku dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku Funduszu, którego dotyczy wniosek o częściowy wykup polisy.
- 2) Przy dokonywaniu wykupu oraz częściowego wykupu polisy wartość wykupu i część wartości wykupu ustala się według ceny sprzedaży jednostki obowiązującej w dniu wpłynięcia do Towarzystwa wniosku o wykup lub częściowy wykup polisy.
- 3) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.
- 4) Kwota wartości wykupu w pierwszych pięciu latach trwania umowy pomniejszana jest o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.
- 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
 - c) innych niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
- 6) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.

§ 11 Wypłata świadczeń

1.

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezwzględnego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich Funduszy w dniu zaakceptowania roszczenia,
- 3) Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa w pkt 2 litera b) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- 4) W przypadku, gdy w okresie pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a zgłoszeniem roszczenia, umowa została przekształcona na bezskładkową, Towarzystwo wypłaci większą z poniższych kwot:
 - a) sumę ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
- 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) polisy ubezpieczeniowej,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

2.

- 1) Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt 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 przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu.

3.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.
- 3) Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.
- 4) Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- 5) W przypadku, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci są równe.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do świadczenia.

4.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku śmierci Uposażonego przed zajęciem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, prawo do wypłaty świadczenia przejmują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w polisie. Proporcję ustala się w ten sposób, że po odjęciu części przypadającej zmarłemu Uposażonemu ustala się w jakiej proporcji przeznaczono świadczenie pozostałym Uposażonym, tak aby wzajemne proporcje podziału pomiędzy żyjącymi Uposażonymi pozostały bez zmian. Proporcję świadczenia przypadającego zmarłemu Uposażonemu (wynikającą z woli Ubezpieczonego) stosuje się przy podziale pomiędzy żyjących Uposażonych.
- 3) W przypadku śmierci wszystkich Uposażonych przed zajęciem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady określonej w pkt 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyli lub też utracili prawo do świadczenia i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka,

- c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak jest dzieci i współmałżonka,
- d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka,
- e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.

§ 12 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które był zapytywany we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

W przypadku niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności, gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wolne będzie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo nie może podnieść wyżej przytoczonego zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 13 Rozwiązanie umowy

- 1) Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.
- 2) W przypadku skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.
- 3) Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.
- 4) Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
 - c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4, o ile nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy,
 - d) z dniem podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

§ 14 Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

W przypadku gdy w ciągu dwóch pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności nie zapłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeśli spełnione zostały poniższe warunki:

- a) polisa nie została wcześniej wykupiona,
- b) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłaci kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę administracyjną w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

3.

Po wznowieniu umowy, Towarzystwo naliczy wszystkie opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4, należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wznowieniu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek i opłaty administracyjnej.

5.

Towarzystwo może wznowić umowę ubezpieczenia bez składania przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku oraz konieczności spełnienia przez Ubezpieczającego warunków określonych w ust. 2 litera b) w przypadku wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Składki, które wpłynęły po terminie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 15 Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2.

Zmiana częstotliwości opłacania składek może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę polisy, uwzględniając aktualnie obowiązujące składki minimalne przy określonej częstotliwości ich opłacania.

3.

Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadamiania Towarzystwa o zmianach danych osobowych zawartych w polisie oraz adresu zamieszkania w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. W przypadku niedopełnienia obowiązku określonego powyżej, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa wysłane pod ostatnio znany mu adres uważa się za wysłane prawidłowo.

4.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym.

§ 16 Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

Wszelkie prawa z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego i Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia oraz w przepisach obowiązującego prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony ma prawo do dokonania na pisemny wniosek cesji przysługujących mu praw z tytułu umowy ubezpieczenia. Cesja musi zostać dokonana za zgodą

Towarzystwa. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność przeniesienia praw.

3.

Ubezpieczający, po upływie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia ma prawo zawrzeć z Towarzystwem, na odrębnie ustalonych warunkach, umowę pożyczki pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Wysokość pożyczki nie może przekraczać kwoty w wysokości 50% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zawarcia umowy pożyczki według ich wartości po cenie sprzedaży obowiązującej w tym dniu.

4.

Umowy dodatkowe stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 17

Postanowienia końcowe

1.

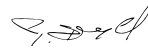
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

2.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 15/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

„Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” zawierają postanowienia odmiennie od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

3.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

4.

Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,
- c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

5.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,
- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia,
- c) niezaakceptowania ryzyka.

6.

Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

7.

W przypadku niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

8.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

10.

W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosownie do postanowień § 3 ust. 4., oraz 5. ogólnych warunków ubezpieczenia.

11.

Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

12.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

13.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 7 stosuje się odpowiednio.

14.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

15.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

16.
Z dniem, o którym mowa w ust. 15 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

17.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 3 Suma ubezpieczenia

1.
Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

2.
Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia, za zgodą Towarzystwa, raz w ciągu roku polisowego, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałyby obowiązywać. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki.

3.
Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa podwyższyć sumę ubezpieczenia bez dodatkowych badań medycznych, jednak nie więcej niż o 50% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym, w przypadku:
a) urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
b) adopcji dziecka przez Ubezpieczonego,
c) zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
d) kupna mieszkania lub domu przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
e) zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
f) zaciągnięcia kredytu przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
Podwyższenie sumy ubezpieczenia o więcej niż 50% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym wymaga poddania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom medycznym.

4.
Postanowień ust. 2 i ust. 3 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

§ 4 Składki

- 1) Składka może być opłacana regularnie.
- 2) Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku, lub co kwartał, lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 5) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości,

- nie niższej jednak niż 500 zł.
- 6) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
 - 7) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
 - 8) Postanowień pkt 7 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

2.
 - 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczającemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) W przypadku gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 pkt 3, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
 - 3) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a wpłacał składki doraźne, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu otrzymania wniosku o wypłatę, przeliczonych po cenie sprzedaży jednostki z dnia rozwiązania umowy.
 - 4) W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
 - 5) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się na ubezpieczenie bezskładkowe.
 - 6) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia. Przekształcenie ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.
 - 7) Po zamianie ubezpieczenia na bezskładkowe Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy.
 - 8) Wraz z przekształceniem umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający traci prawo do przenoszenia jednostek pomiędzy Funduszami.

3.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym, tym samym, Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przejęło na siebie ten obowiązek.

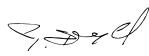
§ 5 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 16/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

„Specjalnie dla Kredytobiorców”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Kredytobiorców” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla Kredytobiorców” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

1.

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający – osoba fizyczna, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy Uposażony nie żyje albo nie istnieje zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu;

Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta;

Składka regularna – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie;

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia;

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia;

Suma ubezpieczenia – określona w polisie, minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

Kredyt – stosuje się odpowiednio do pożyczki;

Harmonogram – plan obniżek sumy ubezpieczenia;

Rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy;

Inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane

- a) nieszczęśliwym wypadkiem, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności,
- b) jedną z chorób zdefiniowanych w § 2 ust. 2 litera b), c), d) oraz e) niniejszych ogólnych warunków, stwierdzoną rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów choroby wymienionej i zdefiniowanej w § 2 ust. 2 litera b), c), d), e) pod warunkiem, że objawy choroby pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby (pod warunkiem jej zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach), potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;

Zaakceptowanie ryzyka – podjęcie przez Towarzystwo decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami;

Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa dla celów inwestycyjnych określonych przez Towarzystwo;

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz;

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu w przypadkach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

Wariant I – wariant umowy ubezpieczenia, w którym składka przeznaczona jest na ochronę ubezpieczeniową w zakresie ryzyka zgonu i ryzyka inwalidztwa;

Wariant II – wariant umowy ubezpieczenia, w którym składka ubezpieczeniowa przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Funduszu. Odpowiednia część zakupionych jednostek uczestnictwa pokrywa koszty ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu i ryzyka inwalidztwa. Jednostki uczestnictwa ewidencjonowane są na indywidualnym rachunku jednostek w ramach Funduszu;

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiet lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego;

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

2.

W rozumieniu inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób poniższe terminy będą oznaczać:

- a) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- b) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium,
- c) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”,
- d) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady

prześciowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),

- e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie.

§ 3 Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczonego.

3.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wystawienia polisy lub do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka, Towarzystwo ograniczy się do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu umowy ubezpieczenia jednak nie wyższej niż 100 000 zł, jeżeli śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku oraz Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.

4.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczonego, zarówno w okresie ograniczonej jak i pełnej ochrony ubezpieczeniowej, jest ograniczona, jeżeli śmierć lub inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- 2) W powyższych przypadkach w wariancie II zostanie wypłacona wartość wykupu.
- 3) Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności określonej w ust. 3, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) pozostawiania Ubezpieczonego 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,
 - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),

- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

W wariantcie I umowa zawierana jest na czas określony, równy okresowi spłaty kredytu.

W wariantcie II umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat pod warunkiem, że w dniu w którym kończy się zawarta przez Ubezpieczonego umowa kredytowa będzie on miał ukończone nie więcej niż 65 lat.

3.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

4.

Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,
- c) doreczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) dołączenie harmonogramu spłat kredytu otrzymanego i poświadczonego przez instytucję udzielającą kredytu,
- e) opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

5.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,
- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia,
- c) niezaakceptowania ryzyka.

6.

Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

7.

W przypadku niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

8.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

10.

W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosownie do postanowień § 3 ust. 3., oraz 4.

11.

Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

12.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

13.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 7 stosuje się odpowiednio.

14.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

15. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

16. Z dniem, o którym mowa w ust. 15 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

17. Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Suma ubezpieczenia

1. Początkowa wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez stronę umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, a jej wysokość obniża się zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, ma prawo obniżyć sumę ubezpieczenia, nie częściej niż raz w ciągu roku, w wypadkach określonych w załączniku do polisy, który stanowi integralną część umowy ubezpieczenia, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałyby obowiązywać.

3. W wariantcie I postanowień ust. 2 nie stosuje się.

§ 6 Składki

1. W wariantcie II składka jest opłacana regularnie.
- 2) Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki regularnej może przypadać co roku lub co pół roku, lub co kwartał, lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 4) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak niż 500 zł.
- 7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 8) Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa ma prawo do zmiany wysokości składki regularnej. Wniosek powinien być złożony co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego miałyby obowiązywać nowa wysokość składki.
- 9) Zmiana wysokości składki możliwa jest nie częściej niż raz w ciągu roku polisowego.
- 10) W wariantcie I składka opłacana jest tylko jednorazowo, a postanowień pkt 6, 7, 8 oraz 9 nie stosuje się.

2. 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W przypadku gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 pkt 3, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
- 3) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a wpłacał składki doraźne, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu otrzymania wniosku o wypłatę, przeliczonych po cenie sprzedaży jednostki z dnia rozwiązania umowy.
- 4) W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
- 5) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się na ubezpieczenie bezskładkowe, a harmonogram przestaje obowiązywać.
- 6) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 8 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 8 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia. Przekształcenie ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.
- 7) Po zamianie ubezpieczenia na bezskładkowe Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy.
- 8) W wariantcie I wartość wykupu nie istnieje, a postanowień pkt 1, 2, 3, 4, 5, 6 oraz 7 nie stosuje się.

3. Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym, tym samym, Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przejęło na siebie ten obowiązek.

§ 7 Indeksacja składek i sumy ubezpieczenia

Postanowień § 7 ogólnych warunków ubezpieczenia nie stosuje się.

§ 8

Fundusz i rachunek jednostek

1.
 - 1) Składki regularne oraz składki doraźne lokowane są w Funduszu wybranym przez Towarzystwo.
 - 2) Fundusz tworzony jest na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
 - 3) W ramach Funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.
2.
 - 1) Wartość rynkowa lokat związanych z Funduszem ustalana jest przede wszystkim w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
 - 2) Wartość aktywów Funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa ustalane są w oparciu o wartość rynkową wszystkich lokat związanych z Funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
 - 3) Wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
 - 4) Cena kupna jednostki uczestnictwa nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.
3.
 - 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia przeznaczane są na nabywanie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych poniżej.
 - 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
 - 3) Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5 dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy.
 - 4) Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego będzie informować o stanie rachunku jednostek.
 - 5) W wariantach I postanowień pkt 4 nie stosuje się.
4.
 - 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty według następującego schematu:
 - a) Towarzystwo wylicza wysokości opłat za ochronę ubezpieczeniową oraz opłat administracyjnych, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia, Wartość zgromadzonych środków ustala się w oparciu o cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa na dany dzień,
 - b) Z rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą opłatom, o których mowa w pkt 1 litera a) obciążających rachunek jednostek według ceny sprzedaży jednostki na dany dzień.
 - 2) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się w oparciu o różnicę między sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunku jednostek w Funduszu.
 - 3) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszem.
 - 4) Koszty zarządzania Funduszem nie mogą przekroczyć w skali roku 2% aktywów tego Funduszu.

§ 9

Wykup polisy

1.
 - 1) Przed upływem 2 lat trwania umowy i opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy.
 - 2) Wartość wykupu polisy ustalana jest w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i stanowi określoną procentowo część wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
 - 3) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy.
 - 4) Wykup polisy i częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio całości lub części wartości wykupu.
 - 5) Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowego wykupu po upływie dwóch lat trwania umowy.
 - 6) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia Ubezpieczający może w każdym czasie dokonać częściowego wykupu polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć większej z wartości:
 - a) różnicy między wartością jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek a sumą ubezpieczenia,
 - b) 30% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek,
 - 7) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek jest równa bądź mniejsza od sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu, nie częściej jednak niż raz na cztery lata, pod warunkiem, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
 - 8) W przypadku częściowego wykupu Towarzystwo może pomniejszyć sumę ubezpieczenia o wartość nie większą niż wartość częściowego wykupu.
 - 9) Kwota częściowego wykupu nie może być mniejsza niż 1000 zł.
 - 10) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
2.
 - 1) W przypadku dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku Funduszu, którego dotyczy wniosek o częściowy wykup polisy.
 - 2) Przy dokonywaniu wykupu oraz częściowego wykupu polisy wartość wykupu i część wartości wykupu ustala się według ceny sprzedaży jednostki obowiązującej w dniu wpłynięcia do Towarzystwa wniosku o wykup lub częściowy wykup polisy.
 - 3) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.
 - 4) Kwota wartości wykupu w pierwszych pięciu latach trwania umowy pomniejszana jest o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.
 - 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,

- b) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
 - c) innych niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
- 6) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.

3.

W wariantcie I wartość wykupu nie istnieje, a postanowień ust. 1 i 2 nie stosuje się.

§ 10 Wypłata świadczeń

1.

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) W wariantcie II z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
- a) sumy ubezpieczenia,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek Funduszu w dniu zaakceptowania roszczenia,
- 3) Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa w pkt 2 litera b) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- 4) W wariantcie II w przypadku, gdy w okresie pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a zgłoszeniem roszczenia, umowa została przekształcona na bezskładkową, Towarzystwo wypłaci większą z poniższych kwot:
- a) sumę ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek Funduszu w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
- 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
- a) polisy ubezpieczeniowej,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.
- 6) W wariantcie I z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
- 7) W wariantcie I postanowień pkt 2, 3 oraz 4 nie stosuje się.

2.

- 1) W przypadku inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczony, Ubezpieczający lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) W wariantcie II z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności,

Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu większą z poniższych kwot:

- a) sumę ubezpieczenia z dnia wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek Funduszu w dniu wystąpienia inwalidztwa ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
- 3) W wariantcie II w przypadku, gdy w okresie pomiędzy wystąpieniem inwalidztwa Ubezpieczonego, a zgłoszeniem roszczenia, umowa została przekształcona na bezskładkową, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu większą z poniższych kwot:
- a) sumę ubezpieczenia z dnia wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek Funduszu w dniu wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
- 4) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
- a) polisy ubezpieczeniowej,
 - b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.
 - c) w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku
 - d) w przypadku inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednej z chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika data rozpoznania choroby
 - e) dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
 - f) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.
- 5) W wariantcie I z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
- 6) W wariantcie I postanowień pkt 2 oraz 3 nie stosuje się.

3.

- 1) Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt 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 przypadku odmowy wypłaty świadczenia, w wariantcie II, z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci wartość wykupu.

4.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.
- 3) Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.
- 4) Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy

od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.

- 5) W przypadku, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci są równe.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do świadczenia.

5.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, prawo do wypłaty świadczenia przejmują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w polisie. Proporcję ustala się w ten sposób, że po odjęciu części przypadającej zmarłemu Uposażonemu ustala się w jakiej proporcji przeznaczono świadczenie pozostałym Uposażonym, tak aby wzajemne proporcje podziału pomiędzy żyjącymi Uposażonymi pozostały bez zmian. Proporcję świadczenia przypadającego zmarłemu Uposażonemu (wynikającą z woli Ubezpieczonego) stosuje się przy podziale pomiędzy żyjących Uposażonych.
- 3) W przypadku śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady określonej w pkt 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyli lub też utracili prawo do świadczenia i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeżeli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.

§ 11

Rozwiązanie umowy

- 1) Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.
- 2) W przypadku skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.
- 3) Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia.

W wariantcie II wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

- 4) Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z dniem uznania inwalidztwa Ubezpieczonego przez wskazaną przez Towarzystwo orzekającą komisję lekarską,
 - c) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
 - d) z dniem podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka,
 - e) w wariantcie I z dniem spłaty kredytu.
- 5) W wariantcie I postanowień pkt 4 litera c) nie stosuje się.

§ 12

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

Wszelkie prawa z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego i Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia oraz w przepisach obowiązującego prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony ma prawo do dokonania na pisemny wniosek cesji przysługujących mu praw z tytułu umowy ubezpieczenia. Cesja musi zostać dokonana za zgodą Towarzystwa. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność przeniesienia praw.

§ 13

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 17/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

„Specjalnie dla Inwestorów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Inwestorów” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla Inwestorów” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w przypadku, gdy Uposażony nie żyje albo nie istnieje zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu;

Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta;

Składka regularna – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie;

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia;

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia;

Suma ubezpieczenia – określona w polisie stała kwota, gwarantowana przez Towarzystwo w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku – określona w polisie stała kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego;

Rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polis;

Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa;

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest każdy Fundusz;

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu w przypadkach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona;

Akt terroru – dokonanie lub groźba 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;

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

§ 3

Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

3.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest ograniczona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- 2) W powyższych przypadkach zostanie wypłacona wartość wykupu.

4.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest ograniczona, jeżeli nastąpi ona bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim, bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,

- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

3.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

4.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

7.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

8.

Z dniem, o którym mowa w ust. 7 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia.

§ 5

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i wynosi 1 000 zł.

§ 6

Indeksacja składek

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego podlegają indeksacji w rocznicę polisy.

2.

Przed rocznicą polisy Towarzystwo może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki.

4.

Odmowa indeksacji składki w trzech kolejnych rocznicach polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia.

§ 7 Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający ma prawo, w ramach jednej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który inwestowane będą składki wpłacane przez Ubezpieczającego.
- 3) Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
- 4) W ramach każdego Funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym Funduszem ustalana jest przede wszystkim w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów każdego Funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa ustalane są w oparciu o wartość rynkową wszystkich lokat związanych z danym Funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) Różnica pomiędzy ceną kupna jednostki uczestnictwa a ceną sprzedaży jednostki ustalana przez Towarzystwo zależy od wysokości składki regularnej lub jednorazowej i nie może być większa niż 5% ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia przeznaczane są na nabywanie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne, składka jednorazowa oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
- 4) Ubezpieczający może zmienić udział procentowy każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególnych Funduszach, jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenieść środki pomiędzy Funduszami, przy czym postanowienia pkt 3 stosuje się odpowiednio.

Przeniesienie środków pomiędzy Funduszami raz w tygodniu oraz zmiana udziału % raz w miesiącu są wolne od opłat. Za każdą częstszą operację pobierana jest opłata ustalana przez Towarzystwo.

- 5) Zmiany wymienione w pkt 4 następują najpóźniej w ciągu 5 dni od otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku.
- 6) Składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej. W przypadku innej alokacji niż składka regularna, Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć wniosek określający w jaki sposób ma być alokowana składka doraźna, przy czym postanowienia pkt 3 stosuje się odpowiednio.
- 7) Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5 dni od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy.
- 8) Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego będzie informować o stanie rachunków jednostek.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty według następującego schematu :
 - a) Towarzystwo wylicza wysokości opłat za ochronę ubezpieczeniową oraz opłat administracyjnych, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) Część opłat, o których mowa w pkt 1 litera a) obciążających rachunek jednostek w danym Funduszu ustalana jest proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się w oparciu o cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa na dany dzień,
 - c) Z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt 1 litera a) obciążających dany rachunek jednostek według ceny sprzedaży jednostki na dany dzień.
- 2) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się w oparciu o różnicę między sumą ubezpieczenia oraz wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich Funduszach.
- 3) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z Funduszy pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszem.
- 4) Koszty zarządzania Funduszem nie mogą przekroczyć w skali roku 2% aktywów tego Funduszu.

§ 8 Wykup polisy

1.

- 1) Przed upływem 2 lat trwania umowy i opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy, o ile umowa nie jest opłacona składką jednorazową.
- 2) Wartość wykupu polisy ustalana jest w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i stanowi określoną procentowo część wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 3) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy.
- 4) Wykup polisy i częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio całości lub części wartości wykupu.

- 5) Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowego wykupu. Jeżeli umowa opłacona jest składką jednorazową Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowego wykupu od razu. W przypadku gdy nie minęły dwa lata od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, a umowa nie była opłacona składką jednorazową, częściowy wykup możliwy jest jedynie za zgodą Towarzystwa.
- 6) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia Ubezpieczający może w każdym czasie dokonać częściowego wykupu polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt 5. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć większej z wartości:
 - a) różnicy między wartością jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek a sumą ubezpieczenia,
 - b) 30% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek,
- 7) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek jest równa bądź mniejsza od sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu, nie częściej jednak niż raz na cztery lata, pod warunkiem, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 8) Kwota częściowego wykupu nie może być mniejsza niż 1000 zł.
- 9) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.

2.

- 1) W przypadku dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku Funduszu, którego dotyczy wnioski o częściowy wykup polisy.
 - 2) Przy dokonywaniu wykupu oraz częściowego wykupu polisy wartość wykupu i część wartości wykupu ustala się według ceny sprzedaży jednostki obowiązującej w dniu wpłynięcia do Towarzystwa wniosku o wykup lub częściowy wykup polisy.
 - 3) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.
 - 4) Kwota wartości wykupu w pierwszych pięciu latach trwania umowy pomniejszana jest o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.
 - 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
 - c) innych niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.
 - 6) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.
- 2) Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich Funduszy w dniu zaakceptowania roszczenia,
 - 3) Z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości 25 000 zł z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
 - 4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 3 będzie wypłacone jeżeli:
 - a) nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku,
 - c) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.
 - 5) Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa w pkt 2 litera b) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
 - 6) W przypadku, gdy w okresie pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a zgłoszeniem roszczenia, umowa została przekształcona na bezskładkową, Towarzystwo wypłaci większą z poniższych kwot:
 - a) sumę ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
 - 7) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) polisy ubezpieczeniowej,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

2.

- 1) Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt 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 przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu.

3.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

§ 9

Wypłata świadczeń

1.

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.

- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.
- 3) Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.
- 4) Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- 5) W przypadku, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci są równe.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do świadczenia.

4.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W przypadku śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, prawo do wypłaty świadczenia przejmują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w polisie. Proporcję ustala się w ten sposób, że po odjęciu części przypadającej zmarłemu Uposażonemu ustala się w jakiej proporcji przeznaczono świadczenie pozostałym Uposażonym, tak aby wzajemne proporcje podziału pomiędzy żyjącymi Uposażonymi pozostały bez zmian. Proporcję świadczenia przypadającego zmarłemu Uposażonemu (wynikającą z woli Ubezpieczonego) stosuje się przy podziale pomiędzy żyjących Uposażonych.
- 3) W przypadku śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady określonej w pkt 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyli lub też utracili prawo do świadczenia i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - a) współmałżonkowi,
 - b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak jest dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.

§ 10

Rozwiązanie umowy

- 1) Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.

- 2) W przypadku skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.

- 3) Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

- 4) Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
 - c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, o ile nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy,

§ 11

Postanowienia końcowe

1.

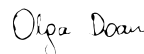
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 18/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

„Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów” zawierają postanowienia odmiennie od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.

3.

W przypadku zawarcia umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 61 lat, umowa ubezpieczenia może być zawarta pod warunkiem, że składka będzie opłacona jednorazowo.

4.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

5.

Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:

- złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza, jeśli jest to wymagane przez Towarzystwo.
- poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,
- doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

6.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,
- zapropinowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia,
- niezaakceptowania ryzyka.

7.

Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

8.

W przypadku niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

9.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

10.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

11.

W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, stosownie do postanowień § 3 ust. 4., oraz 5. ogólnych warunków ubezpieczenia.

12.

Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

13.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

14.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 8 stosuje się odpowiednio.

15.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

16.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

17.
Z dniem, o którym mowa w ust. 16 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

18.
W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II postanowień ust. 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13 oraz 14 nie stosuje się.

19.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 3 Suma ubezpieczenia

1.
Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
W przypadku wariantu II suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia i wynosi 1000 zł.

2.
Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia, za zgodą Towarzystwa, raz w ciągu roku polisowego, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałaby obowiązywać. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki.

3.
Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa podwyższyć sumę ubezpieczenia bez dodatkowych badań medycznych, jednak nie więcej niż o 30% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym, w przypadku:
a) urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
b) adopcji dziecka przez Ubezpieczonego,
c) zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
d) kupna mieszkania lub domu,
e) zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
f) zaciągnięcia kredytu przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka.
Podwyższenie sumy ubezpieczenia o więcej niż 30% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym wymaga poddania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom medycznym.

4.
Postanowień ust. 2 i ust. 3 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy oraz w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II.

§ 4 Składki

1.
1) Składka może być opłacana regularnie lub jednorazowo.
2) Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku, lub co kwartał, lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

- 3) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 4) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak niż 500 zł.
- 7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 8) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
- 9) Postanowień pkt 8 nie stosuje się w odniesieniu do obniżania wysokości składki w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

2.
 - 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 90 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) W przypadku gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 pkt 3, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
 - 3) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a wpłacał składki doraźne, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu otrzymania wniosku o wypłatę, przeliczonych po cenie sprzedaży jednostki z dnia rozwiązania umowy.
 - 4) W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
 - 5) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się na ubezpieczenie bezskładkowe.
 - 6) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie

opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia.

Przekształcenie ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

- 7) Po zamianie ubezpieczenia na bezskładkowe Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy.
- 8) Wraz z przekształceniem umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający traci prawo do przenoszenia jednostek pomiędzy Funduszami.

3.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym, tym samym, Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przejęło na siebie ten obowiązek.

§ 5

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

W przypadku gdy w ciągu dwóch pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności nie zapłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeśli spełnione zostały poniższe warunki:

- a) polisa nie została wcześniej wykupiona,
- b) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłaci kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę administracyjną w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

3.

Po wznowieniu umowy, Towarzystwo naliczy wszystkie opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznawiana z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wznowieniu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek i opłaty administracyjnej.

5.

Towarzystwo może wznowić umowę ubezpieczenia bez składania przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku oraz konieczności spełnienia przez Ubezpieczającego warunków określonych w ust. 2 litera b) w przypadku wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek w terminie 120 dni od daty wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Składki, które wpłynęły po terminie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 6

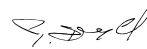
Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

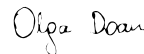
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 19/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

„Specjalnie dla Seniorów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Seniorów” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanych dalej „ogólnymi warunkami ubezpieczenia”), zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2. Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla Seniorów” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Przedmiot ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

- 3.
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest ograniczona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
 - 2) W powyższych przypadkach zostanie wypłacona wartość wykupu.

§ 3

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2. Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 60 lat.

3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

4. Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego,

Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

7. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

§ 5

Indeksacja składek

1. Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego podlegają indeksacji w rocznicę polisy

2. Przed rocznicą polisy Towarzystwo może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3. Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki.

4. Odmowa indeksacji składki w trzech kolejnych rocznicach polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia.

§ 6

Wypłata świadczeń

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.
2. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:

a) sumy ubezpieczenia według poniższej tabeli:

Wiek Ubezpieczonego w dniu śmierci	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci
60 – 65 lat	6 000 zł
66 lat	5 000 zł
67 lata	4 000 zł
68 lata	3 000 zł
69 lata	2 000 zł
70 lat i powyżej	1 000 zł

- b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich Funduszy w dniu zaakceptowania rozszczenia,
- 3) Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa w pkt 2 lit. b) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo rozszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- 4) W przypadku, gdy w okresie pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a zgłoszeniem rozszczenia, umowa została przekształcona na bezskładkową, Towarzystwo wypłaci większą z poniższych kwot:
- sumę ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania rozszczenia,
- 5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
- polisy ubezpieczeniowej,
 - odpisu aktu zgonu,
 - zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia rozszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

2.

- Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
- W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu.

3.

- Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.
- Wniosek o zmianę Uposażonego składa na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.
- Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- W przypadku, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci są równe.

6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do świadczenia.

4.

- Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- W przypadku śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, prawo do wypłaty świadczenia przejmują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w polisie. Proporcję ustala się w ten sposób, że po odjęciu części przypadającej zmarłemu Uposażonemu ustala się w jakiej proporcji przeznaczono świadczenie pozostałym Uposażonym, tak aby wzajemne proporcje podziału pomiędzy żyjącymi Uposażonymi pozostały bez zmian. Proporcję świadczenia przypadającego zmarłemu Uposażonemu (wynikającą z woli Ubezpieczonego) stosuje się przy podziale pomiędzy żyjących Uposażonych.
- W przypadku śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady określonej w pkt 2.
- Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyli lub też utracili prawo do świadczenia i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - współmałżonkowi,
 - w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak jest dzieci i współmałżonka,
 - w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak jest rodziców, dzieci i współmałżonka,
 - innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak jest osób wymienionych powyżej.

§ 7 Rozwiązanie umowy

- Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.
- W przypadku skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.
- Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.
- Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
 - z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, o ile nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy,

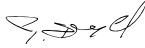
§ 8
Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 20/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli te nie stanowią inaczej.

§ 2 Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku;

Suma ubezpieczenia – określona w polisie suma pieniędzy, która będzie wypłacona jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych.

Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium;

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze

losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego;
Akt terroru – dokonanie lub groźba 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;

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na powiększeniu świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określoną w polisie, jeżeli:

- nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku,
- śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Towarzystwo zwolnione jest od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- 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,

- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

4.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa począwszy od drugiej rocznicy polisy.

§ 5

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) rozwiązanie umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,

- b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

§ 6

Okoliczności współtowarzyszące nieszczęśliwemu wypadkowi

Jeżeli nieszczęśliwemu wypadkowi, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, współtowarzyszyły inne okoliczności nie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, które przyczyniły się w określonym stopniu do śmierci Ubezpieczonego, przy czym stopień ten ustalony przez Towarzystwo wyniesie co najmniej 25%, Towarzystwo pomniejszy świadczenie stosownie o określony stopień udziału tych okoliczności.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania sekcji zwłok lub też do oględzin ciała Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia.

3.

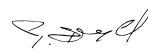
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

4.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

5.

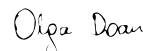
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 21/2002 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają zasady, w jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosują się do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, jeśli te nie stanowią inaczej.

§ 2

Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania;

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę dodatkową stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) lub przebiegu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt g), h), i) pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w § 2 ust. 3 pkt g), h), i) pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty

zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach);

Okres karencji – czas, po którym rozpoczyna się okres odpowiedzialności. Wynosi on odpowiednio:

- 180 dni od daty wystawienia polisy lub aneksu do polisy potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania,
- 270 dni od daty wznowienia umowy.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego, niż określony powyżej, okresu karencji;

Suma ubezpieczenia – określone w polisie świadczenie z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, które będzie wypłacone Ubezpieczonemu na niżej określonych warunkach, jeżeli data zdarzenia ubezpieczeniowego przypada w okresie odpowiedzialności;

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat z zastrzeżeniem postanowień § 13 pkt 4 litera c ogólnych warunków ubezpieczenia;

Szpital – zakład opieki zdrowotnej, zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne wraz z hospitalizacją, lub jego odpowiednik za granicą;

Lekarz specjalista – lekarz o odpowiedniej specjalizacji powołany przez Towarzystwo;

Placówka medyczna – zakład opieki zdrowotnej lub osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej albo specjalistycznej praktyki;

Akt terroru – dokonanie lub groźba 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.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

3.

W rozumieniu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania poniższe terminy będą oznaczać:

a) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium “in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium,

- b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”,
- c) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),
- d) niewydolność nerek – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie,
- f) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
- 1) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - 2) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - 3) obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
- g) zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania techniki krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- h) zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- i) przeszczep, Ubezpieczonemu jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.
Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy najwcześniej w okresie odpowiedzialności. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich przebywania.

3.
Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej może zostać określona jako 1, 2, 3, lub 4 – krotność 20 000 zł, niezależnie od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w umowie ubezpieczenia.

4.
Ubezpieczający, we wniosku o którym mowa w § 4 ust. 6 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązujące w Towarzystwie – maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

5.
Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

6.
Do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania nie mają zastosowania postanowienia § 3 ust. 4, ust. 5 oraz § 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.
Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 533, wraz z późniejszymi zmianami),
- d) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów zamachu stanu, aktów terroru,

- e) 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;
- f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- h) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową, lub przez skórę;
- i) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- j) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy,
- k) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).

8.

Towarzystwo wolne jest także od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych w § 2 ust. 3 pkt g), h), i), wystąpiły przed zawarciem umowy dodatkowej lub w okresie karencji, jak również w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 6 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku. Umowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznowieniowym. Przy automatycznym przedłużeniu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji. Wraz z automatycznym przedłużeniem umowy Towarzystwo zapewnia ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, za którą pobiera opłaty.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznowieniowego nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 54 lat.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

6.

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na podstawie informacji zawartych w prawidłowo i kompletnie wypełnionym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonym na formularzu Towarzystwa, podpisanym przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego i dostarczonym Towarzystwu lub jego przedstawicielowi (z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 5 i ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia). Warunkiem udzielenia ochrony z tytułu niniejszej umowy jest akceptacja ryzyka przez Towarzystwo. Potwierdzeniem zaakceptowania ryzyka i zawarcia umowy dodatkowej jest oznaczenie jej w polisie dotyczącej umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” lub umowy: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”.

7.

Jeżeli po zaakceptowaniu ryzyka ubezpieczeniowego i wystawieniu polisy, Ubezpieczający odstąpi od umowy lub ją wypowie, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość potrącenia z funduszu opłaty manipulacyjnej, zgodnie z obowiązującą taryfą.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po okresie karencji liczoną od daty wystawienia polisy.

§ 5

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe,
- b) z końcem gwarantowanego okresu wznowieniowego,
- c) w rocznicę polisy, przypadającą bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat,
- d) z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6

Wyplata świadczenia

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone

w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

5.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

6.

- 1) Towarzystwo spełni świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt. 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

7.

W przypadku uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 7 Postanowienia końcowe

1.

Umowa dodatkowa nie upoważnia do dodatkowego świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

2.

Umowa dodatkowa nie podlega wykupowi przez Towarzystwo.

3.

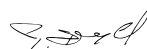
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia dodatkowego na wypadek poważnego zachorowania zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93, z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344, z późniejszymi zmianami).

4.

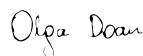
Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

5.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeniowego Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna Nr 22/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, jeśli te nie stanowią inaczej.

§ 2 Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa;

Inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez T.U. Allianz Życie Polska S.A., w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;

Akt terroru – dokonanie lub groźba 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;

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych.

3.

Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności składki następującej po powstaniu inwalidztwa Ubezpieczonego i na czas inwalidztwa, nie dłużej jednak niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

4.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku, gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeksu Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia

lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.
Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.
Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

3.
Umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

5.
Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

6.
Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

7.
Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa począwszy od drugiej rocznicy polisy.

8.
Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób

§ 5 Składki ubezpieczeniowe

1.
W przypadku wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek regularnych do momentu zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej pod rygorem utraty prawa do ochrony ubezpieczeniowej z dniem wymagalności niezapłaconej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych. W przypadku zaakceptowania roszczenia wpłacone składki od dnia orzeczenia inwalidztwa do dnia zaakceptowania roszczenia podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia

zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej, bez jakichkolwiek odsetek.

2.
W przypadku zaakceptowania roszczenia, Towarzystwo przejmuje opłacanie składek od dnia zaakceptowania roszczenia w wysokości średniej składki regularnej z okresu dwóch lat przed orzeczeniem inwalidztwa.

3.
W okresie zwolnienia z opłacania składek Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składek doraźnych.

§ 6 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- rozwiązania umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
- zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, z dniem dokonania zamiany,
- uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7 Postanowienia końcowe

1.
Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.
W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz przeprowadzania na koszt Towarzystwa badań specjalistycznych Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie zarówno w trakcie rozpatrywania roszczenia jak i po jego zaakceptowaniu, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia.

3.
Poprzez zawarcie umowy dodatkowej Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu.

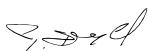
4.
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

5.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

6.

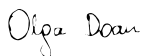
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 23/2003 z dnia 20 lutego 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla Osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla Przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób, jeśli te nie stanowią inaczej.

§ 2

Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób;

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę dodatkową polegające na wystąpieniu inwalidztwa powstałego na skutek:

- a) nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej

- b) choroby – stwierdzonej rozpoznaniem lekarskim i polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt b), c), d), e), i pod warunkiem, że objawy tych chorób pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych ogólnych warunkach)

Inwalidztwo – trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d), oraz e) niniejszych ogólnych warunków i potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;

Suma ubezpieczenia – określona w polisie suma pieniężna, która będzie wypłacona jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jednej z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d), oraz e) niniejszych ogólnych warunków. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

Akt terroru – dokonanie lub groźba 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.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i 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.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie odpowiedzialności.

3.

W rozumieniu umowy dodatkowej na wypadek inwalidztwa

spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób poniższe terminy będą oznaczać:

- a) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego;
- b) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin’a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium,
- c) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”,
- d) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wyczerpania krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),
- e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie

4.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

5.

Towarzystwo zwolnione jest od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej w przypadku kiedy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawiania Ubezpieczonego 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,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek,

rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,

- g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy, poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

4.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa począwszy od drugiej rocznicy polisy.

7.

Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

§ 5

Wypłata świadczeń

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

Po wystąpieniu nieszczęśliwego wypadku lub objawów choroby zdefiniowanej w niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty wydania dokumentu stwierdzającego inwalidztwo przez właściwy organ państwowy. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) polisy ubezpieczeniowej,
- b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.
- c) w przypadku inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku
- d) w przypadku inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednej z chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 – dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika data rozpoznania choroby
- e) dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego
- f) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

5.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

6.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgnięcia wszelkich informacji i opinii

o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

7.

Z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

8.

- 1) Towarzystwo spełni świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

9.

W przypadku uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu Cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe,
- b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
- c) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

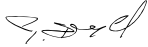
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

3.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 24/2003 z dnia 20 lutego 2003 i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 marca 2003 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu