

Załącznik do Uchwały Nr 51/2000

Indywidualne ubezpieczenie na życie z częściowymi wypłatami kapitału „Mieszkać lepiej”

Artykuł 1 Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach indywidualnego ubezpieczenia na życie z częściowymi wypłatami kapitału zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

Artykuł 2 Definicje

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku, polisie oraz wszelkich dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia zawieranej w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo - Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczony - osoba fizyczna, której życie i zdrowie objęte są ochroną ubezpieczeniową;

Ubezpieczający - osoba fizyczna, która zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek. W umowie tej Ubezpieczający jest zawsze tą samą osobą co Ubezpieczony i nazywany jest dalej Ubezpieczonym;

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

Bank - bank, który zawarł z Ubezpieczonym umowę kredytową. W przypadku dokonania cesji praw Bank staje się Uposażonym, którego roszczenia w części kapitałowej kredytu zostaną zaspokojone w pierwszej kolejności;

Umowa ubezpieczenia - umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczonym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

Polisa - dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, określający istotne elementy umowy ubezpieczenia;

Rocznicza polisy - każda rocznicza daty określonej w polisie jako data zawarcia umowy;

- 2 -

Umowa kredytowa - umowa związana z udzieleniem kredytu, zawarta pomiędzy Bankiem a Ubezpieczonym, w której cesja praw z umowy ubezpieczenia jest gwarancją spłaty części kapitałowej kredytu;

Cesja praw - dokonanie przez Ubezpieczonego na rzecz banku, tytułem zabezpieczenia spłaty części kapitałowej kredytu otrzymanego od Banku, przelewu wynikających z umowy praw do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci lub dożycia wieku określonego w umowie, lub na wypadek inwalidztwa oraz do otrzymania wartości wykupu;

Kapitał kredytu - wartość stanowiąca nie więcej niż 130% sumy ubezpieczenia określonej na polisie, do wysokości której cesja praw z zawartej umowy ubezpieczenia stanowi zabezpieczenie spłaty części kapitałowej kredytu wynikającej z zawarcia umowy kredytowej;

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

Ubezpieczenie bezskładkowe - ubezpieczenie na zmienionych warunkach, w którym wygasa obowiązek opłacania składek;

Udział w zyskach - należny Ubezpieczonemu udział w zyskach wynikających z inwestowania przez Towarzystwo rezerwy matematycznej;

- 3 -

Rezerwa matematyczna - kwota pieniężna gromadzona przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek regularnych na pokrycie bieżących i przyszłych zobowiązań płynących z umowy ubezpieczenia.

Wartość wykupu - dodatkna wartość gotówkowa polisy określona metodą aktuarialną odniesiona do rezerwy matematycznej utworzonej dla tej polisy w dniu dokonania wykupu, pomniejszona o koszty wykupu.

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.

Nieszczęśliwy wypadek - nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał fizycznych obrażeń ciała powodujących zgon lub inwalidztwo.

Akt przemocy - skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby - w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania 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.

Artykuł 3 Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Ubezpieczeniem objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- 1) W okresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - b) inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
- 2) W okresie pełnej ochrony ubezpieczeniowej:
 - a) dożycie przez Ubezpieczonego do 10-tej rocznicy polisy,
 - b) dożycie przez Ubezpieczonego do 15-tej rocznicy polisy,
 - c) dożycie przez Ubezpieczonego do 20-tej rocznicy polisy,
 - d) zgon Ubezpieczonego,
 - e) inwalidztwo Ubezpieczonego.

3.

- 1) Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności określonej w ust. 2 jeżeli zgon lub inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiły w wyniku:
- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego własną prośbę,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i nieczynnego udziału w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- 2) Towarzystwo zwolnione jest od odpowiedzialności określonej w ust. 2 pkt. 1 jeżeli zgon lub inwalidztwo wskutek nieszczęśliwego wypadku lub pogorszenie się stanu zdrowia będącego przyczyną inwalidztwa nastąpiły po upływie 180 dni od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku oraz nastąpiły 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, 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, szybowictwo, 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, 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.

- 3) Jeżeli, z powodów o których mowa w pkt. 1 i 2, Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia, to wypłaci wartość wykupu powiększoną o udziały w zyskach.

Artykuł 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na czas określony - 20 lat

2.

- 1) Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 45 lat.
- 2) Wiek Ubezpieczonego stanowiący warunek zawarcia umowy ustala się jako liczbę pełnych lat wynikającą z różnicy pomiędzy dniem następnym po dniu podpisania wniosku i dniem urodzenia Ubezpieczonego.
- 3) W przypadku podania błędnego wieku Ubezpieczonego wszelkie świadczenia z tytułu zawartej umowy zostaną skorygowane stosownie do prawidłowo ustalonego wieku.

3.

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

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie specjalnie przygotowanego do tego celu formularza stanowiącego integralną część wniosku,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,

- c) doręczenie, na żądanie Towarzystwa, wszelkiej dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowie Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej;

4.

- 1) Po spełnieniu przez 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.
- 2) W przypadku ryzyka innego niż standardowe, Towarzystwo może zmienić wysokość sumy ubezpieczenia.
- 3) Jeżeli zmiana sumy ubezpieczenia przekroczy 50% w stosunku do sumy ubezpieczenia podanej we wniosku, to Towarzystwo zwróci się na piśmie do Ubezpieczonego z prośbą o wyrażenie zgody na zmianę sumy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczony nie wyrazi zgody na zmianę sumy ubezpieczenia, to Towarzystwo nie zaakceptuje ryzyka ubezpieczeniowego.

5.

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

6.

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

7.

- 1) Umowa jest zawarta z dniem następnym po podpisaniu przez Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego, wniosku o ubezpieczenie (wraz z oświadczeniem Ubezpieczonego o stanie zdrowia stanowiącym integralną część wniosku) pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.
- 2) Dokumentem potwierdzającym zawarcie umowy jest wniosek podpisany przez Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa.

8.

- 1) Towarzystwo udziela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej od dnia zawarcia umowy.
- 2) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa obejmuje nieszczęśliwe wypadki zaistniałe w okresie trwania tej ochrony, których następstwem jest:
 - a) zgon Ubezpieczonego;
 - b) inwalidztwo Ubezpieczonego.
- 3) Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa w momencie udzielenia pełnej ochrony ubezpieczeniowej, nie później jednak niż po trzech miesiącach od dnia zawarcia umowy.
- 4) W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczonemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust.6 stosuje się odpowiednio.

9.

- 1) Towarzystwo udzieli pełnej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego. Dokumentem potwierdzającym udzielenie pełnej ochrony ubezpieczeniowej jest polisa indywidualnego ubezpieczenia na życie z częściami wypłatami kapitału wystawiona przez Towarzystwo.
- 2) Pełna ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się z dniem wystawienia polisy i trwa do dnia końca umowy, z zastrzeżeniem postanowień Art.16.

10.

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

11.

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

Artykuł 5 Składki

1.

- 1) Składka jest płatna z góry przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia według wybranego przez Ubezpieczonego wariantu opłacania składek, określonego poniżej. W zależności od wybranego wariantu termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku od daty zawarcia umowy.
- 2) Pierwsza składka może być opłacona z góry za trzy lata trwania umowy.
- 3) W przypadku dokonania cesji praw wymagalności składki może być zmieniony i może przypadać co kwartał lub co miesiąc. Zmiana częstotliwości opłacania składek wymaga pisemnego zawiadomienia Towarzystwa na dwa miesiące przed rocznicą polisy i może być dokonana wyłącznie w rocznicę polisy.
- 4) Kwota składki oraz wariant jej opłacania są określone w polisie.
- 5) Ubezpieczonemu, poczynszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki, przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
- 6) Jeżeli nie opłacono pełnych trzech pierwszych składek rocznych, a Ubezpieczony nie opłacił składki w terminie prolongaty, to ochrona ubezpieczeniowa ulega wygaśnięciu z dniem upływu terminu prolongaty.
- 7) Jeżeli Ubezpieczony opłaci wszystkie zaległe składki w terminie 75 dni od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej, ochrona ubezpieczeniowa zostanie wznowiona z dniem następnym po dniu opłacenia zaległych składek, z zachowaniem

niezmienionych warunków. Jeżeli zaległe składki nie zostaną opłacone w powyższym terminie umowa ubezpieczenia wygasa, chyba że zostanie ona przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.

- 8) Ochrona ubezpieczeniowa może być wznowiona tylko jeden raz.

2.

Jeżeli opłacono pełne trzy pierwsze składki roczne, a Ubezpieczony nie opłacił składki w terminie, o którym mowa w Art. 5 ust. 1 pkt.5, to wraz z upływem 75 dni od dnia wymagalności nie opłaconej składki:

- 1) Jeżeli została dokonana cesja praw następuje wypłata wartości wykupu ustalonej na dzień wymagalności nieopłaconej składki:
 - a) Bankowi - do wysokości kapitału udzielonego kredytu,
 - b) Ubezpieczonemu - w wysokości różnicy pomiędzy wartością wykupu, a kwotą wypłaconą Bankowi.Umowa ulega rozwiązaniu z dniem upływu 75 dni od daty wymagalności składki.
- 2) Jeżeli cesja praw nie została dokonana oraz w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy, umowę przekształca się, ze skutkiem od dnia wymagalności zaległej składki, w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

Artykuł 6 Suma Ubezpieczenia

- 1) Suma ubezpieczenia jest określona w doręczonej Ubezpieczonemu polisie.
- 2) Suma ubezpieczenia jest podwyższana wraz z opłatą zindeksowanej składki na zasadach określonych w Art. 8 ust.2.
- 3) Suma ubezpieczenia ulega obniżeniu w przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

Artykuł 7 Ubezpieczenie bezskładkowe

- 1) Jeżeli trzy pierwsze roczne składki zostały opłacone, Ubezpieczony nie dokonał cesji praw oraz nie złożył wniosku o wykup polisy, a kolejne składki nie zostały zapłacone, Towarzystwo ma prawo przekształcić umowę w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Z dniem przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe suma ubezpieczenia ulega obniżeniu. Obniżona suma ubezpieczenia zostanie obliczona na podstawie wartości wykupu polisy powiększonej o udział w zyskach, potraktowanej jako jednorazowa składka netto właściwa dla obniżonej sumy ubezpieczenia, przy czym do obliczenia składki jednorazowej netto przyjmuje się wiek Ubezpieczonego w dniu przekształcenia umowy oraz czas pozostały do końca umowy ubezpieczenia.
- 3) Przekształcenie umowy w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

- 4) Z dniem przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) wygasa obowiązek opłacania składek,
 - b) Ubezpieczony nie może dokonać cesji praw wynikających z umowy,
 - c) Ubezpieczony traci prawo do udziału w zyskach,
 - d) Ubezpieczony traci prawo do częściowych wypłat z tytułu osiągnięcia wieku, o którym mowa w Art. 12 ust.1.
 - e) Ubezpieczony traci prawo do wykupu polisy.
- 5) Po przekształceniu umowy w ubezpieczenie bezskładkowe świadczenie z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego do dnia 20 rocznicy polisy, o którym mowa w Art.12 ust.1, wypłaca się w wysokości obniżonej sumy ubezpieczenia.

Artykuł 8 Indeksacja składek i świadczeń

1.

- 1) Składki płacone przez Ubezpieczonego podlegają indeksacji. Składkę indeksuje się w rocznicę polisy wskaźnikiem indeksacyjnym ustalonym przez Towarzystwo.
- 2) Składki można indeksować do 9-tej rocznicy polisy, włącznie.
- 3) Po dokonaniu cesji praw nie jest możliwe dalsze indeksowanie składki.
- 4) Po zindeksowaniu składkę zaokrąglą się do jednego grosza.
- 5) Przed rocznicą polisy Towarzystwo informuje Ubezpieczonego na piśmie o wysokości wskaźnika indeksacyjnego obowiązującego w danym roku oraz o wysokości składki i podwyższonej sumy ubezpieczenia w przypadku dokonania indeksacji.
- 6) Ubezpieczony może odmówić indeksacji składki w danym roku, przesyłając do Towarzystwa pisemne zawiadomienie przed rocznicą polisy. Odmowa indeksacji składki w danym roku jest ostateczna.

2.

- 1) Jeżeli składka zostanie zindeksowana, to Towarzystwo podwyższy sumę ubezpieczenia. Sumę ubezpieczenia podwyższa się o kwotę wynikającą ze wzrostu składki spowodowanego indeksacją, traktując ten wzrost jako składkę określoną brutto z uwzględnieniem aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz czasu pozostającego do końca ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Podwyższoną sumę ubezpieczenia zaokrągla się do jednego złotego.
- 3) Podwyższona suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia rocznicy polisy.
- 4) W przypadku przekształcenia umowy w umowę bezskładkową nie stosuje się postanowień ust.1 pkt.1.

Artykuł 9

Udział w zyskach

- 1) W każdą rocznicę polisy, w której istnieje wartość wykupu polisy, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do udziału w zyskach od zainwestowanej rezerwy matematycznej związanej z zawartą umową ubezpieczenia.
- 2) Podstawą do naliczenia zysku w każdą rocznicę polisy jest określona na poprzednią rocznicę rezerwa matematyczna.
- 3) Udział Ubezpieczonego w stopie zysku nie może być mniejszy niż 90% stopy zysku netto osiągniętej przez Towarzystwo z tytułu zainwestowanych rezerw matematycznych pomniejszonej o techniczną stopę procentową w wysokości 3%.
- 4) Udział w zyskach nie jest wypłacany dla umów bezskładkowych z obniżoną sumą ubezpieczenia.

Artykuł 10
Cesja praw wynikających z umowy

- 1) Ubezpieczony ma prawo dokonać cesji praw po upływie 6 miesięcy od daty wystawienia polisy jeżeli zostały spełnione następujące warunki:
 - a) umowa pozostaje w mocy,
 - b) opłacona została składka za trzyletni okres umowy ubezpieczenia,
 - c) umowa nie została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - d) nie została wypłacona wartość wykupu.
- 2) Za zgodą Towarzystwa okres określony w pkt 1 może zostać skrócony do 1 miesiąca od daty wystawienia polisy.
- 3) Cesja praw jest równoznaczna ze wskazaniem przez Ubezpieczonego Banku jako Uposażonego.
- 4) O zamiarze dokonania cesji praw Ubezpieczony informuje Towarzystwo pisemnie na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.
- 5) Dokonanie cesji praw jest potwierdzane pisemnie przez Towarzystwo.
- 6) Prawo do dokonania cesji upływa w 10 rocznicę polisy.

Artykuł 11

Wypłata świadczeń w przypadku dokonania cesji praw

1.

- 1) Z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego:
 - a) do dnia 10-tej rocznicy polisy Towarzystwo wypłaci na rzecz Banku świadczenie w wysokości 40% kapitału udzielonego kredytu, nie więcej jednak niż 52% sumy ubezpieczenia (1-sza częściowa wypłata kapitału),
 - b) do dnia 15-tej rocznicy polisy Towarzystwo wypłaci na rzecz

Banku świadczenie w wysokości 30% kapitału

udzielonego kredytu, nie więcej jednak niż 39% sumy

ubezpieczenia (il-ga częściowa wypłata kapitału),

c) do dnia 20-tej rocznicy umowy Towarzystwo wypłaci na rzecz Banku świadczenie w wysokości 30% kapitału udzielonego kredytu, nie więcej jednak niż 39% sumy ubezpieczenia.

2) Świadczenie, o którym mowa w ust.1 pkt.1, może być pokryte w części z należnego Ubezpieczonemu udziału w zyskach. W takiej sytuacji kwota udziału w zyskach ulega odpowiednio pomniejszeniu.

3) Wypłata świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt.1 nastąpi automatycznie na konto Banku, bez konieczności dostarczenia do Towarzystwa jakichkolwiek dodatkowych dokumentów.

4) Jeżeli po naliczeniu świadczenia, o którym mowa w ust.1 pkt.1 kwota udziału w zyskach będzie dodatnia, to wypłaca się ją Ubezpieczonemu na koniec trwania umowy ubezpieczenia.

2.

1) W razie zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca należne świadczenie - w przypadającej na dzień zgonu Ubezpieczonego wysokości 130% sumy ubezpieczenia oraz 100% udziału w zyskach.

2) Świadczenie, o którym mowa w ust.2 pkt.1 będzie wypłacone:

- a) Bankowi - w kwocie równej:
 - 100% kapitału kredytu, jeżeli zgon zaistniał przed 10-tą rocznicą polisy,
 - 60% kapitału kredytu, jeżeli zgon zaistniał po 10-tej rocznicy polisy, ale przed 15-tą rocznicą polisy,
 - 30% kapitału kredytu, jeżeli zgon zaistniał po 15-tej rocznicy polisy,
- b) pozostałym Uposażonym - łącznie pozostałą kwotę.

3) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 2 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o zgonie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) odpisu aktu zgonu,
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego (jeśli nie jest to Bank),
- e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

4) Jeżeli w dniu zgonu Ubezpieczonego nie ma innych Uposażonych niż Bank, pozostałą kwotę, o której mowa w ust.2 pkt.2, wypłaca się najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności podanej poniżej:

- a) współmałżonkowi,
- b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli 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, współmałżonka i dzieci,
- e) innym spadkobiercom ustawowym.

3.

1) W razie inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca należne świadczenie - w przypadającej na dzień orzeczenia inwalidztwa wysokości 130% sumy ubezpieczenia oraz 100% udziału w zyskach.

2) Świadczenie, o którym mowa w ust.3 pkt.1 będzie wypłacone:

a) Bankowi - w kwocie równej:

- 100% kapitału kredytu, jeżeli inwalidztwo zaisntało przed 10-tą rocznicą polisy,
- 60% kapitału kredytu, jeżeli inwalidztwo zaisntało po 10-tej rocznicy polisy, ale przed 15-tą rocznicą polisy,
- 30% kapitału kredytu, jeżeli inwalidztwo zaisntało po 15-tej rocznicy polisy;

b) Ubezpieczonemu - pozostałą kwotę.

3) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 3 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o inwalidztwie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji,
- c) zaświadczenia wystawionego przez lekarza lub odnośne władze stwierdzającego przyczynę inwalidztwa,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego (jeśli nie jest to Bank),
- e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

4.

1) Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

- 20 -

2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust.4 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.

Artykuł 12 Wypłata świadczeń w przypadku gdy cesja praw nie została dokonana

1.

1) Z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego:

- a) do dnia 10-tej rocznicy polisy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia (1-sza częściowa wypłata kapitału),
- b) do dnia 15-tej rocznicy polisy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 30% sumy ubezpieczenia (1-ga częściowa wypłata kapitału),
- c) do dnia 20-tej rocznicy polisy Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 20% sumy ubezpieczenia.

2) Świadczenie, o którym mowa w ust.1 pkt.1, może być pokryte w części z należnego Ubezpieczonemu udziału w zyskach. W takiej sytuacji kwota udziału w zyskach ulega odpowiednio pomniejszeniu.

3) Jeżeli po naliczeniu świadczenia, o którym mowa w ust.1 pkt.1 kwota udziału w zyskach będzie dodatnia, to na wniosek Ubezpieczonego może ona być wypłacona w całości lub w części łącznie z wypłatą świadczenia, o którym mowa w ust.1 pkt.1 (lit.a) i b).

- 21 -

- 4) Jeżeli kwota należnego świadczenia, o której mowa w ust.1 pkt.1 lit. a) i b) nie zostanie przez Ubezpieczonego pobrana w ciągu 6 miesięcy od dnia, w którym stała się ona należna, to wraz z upływem tego terminu powiększy w całości kwotę należnego udziału w zyskach.
- 5) Świadczeń, o których mowa w ust.1 pkt.1 lit.a) i b) nie wypłaca się w przypadku umów bezskładkowych.
- 6) W przypadku umowy bezskładkowej świadczenie, o którym mowa w ust.1 pkt.1 lit. c) jest równe obniżonej sumie ubezpieczenia.
- 7) Podstawą do wypłaty świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt. 1 jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) dowodu opłacenia ostatniej składki,
 - c) dowodu tożsamości lub innego dokumentu urzędowego potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - d) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.
- 2.**
- 1) W razie zgonu Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Uposażonym należne świadczenie w przypadającej na dzień zgonu Ubezpieczonego wysokości 150% sumy ubezpieczenia.
- 2) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 2 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o zgonie Ubezpieczonego

- w następstwie nieszczęśliwego wypadku, oraz przedstawić nie następujących dokumentów:
- a) dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - d) kopii raportu policyjnego z opisem nieszczęśliwego wypadku,
 - e) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - f) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.
- 3.**
- 1) W razie inwalidztwa Ubezpieczonego z powodu nieszczęśliwego wypadku zaistniałego w okresie udzielania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu należne świadczenie w przypadającej na dzień orzeczenia inwalidztwa Ubezpieczonego wysokości 150% sumy ubezpieczenia.
- 2) Orzeczenie inwalidztwa nie może nastąpić później niż po upływie 180 dni od dnia wypadku.
- 3) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 3 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o inwalidztwie Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, oraz przedstawienie następujących dokumentów:

- a) dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia,
- b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji,
- c) zaświadczenia wystawionego przez lekarza lub odnośne władze stwierdzającego przyczynę inwalidztwa,
- d) kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
- e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

4.

- 1) W razie zgonu Ubezpieczonego zainstalnego w okresie udzielania pełnej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaca Uposażonym należne świadczenie w przypadającej na dzień zgonu Ubezpieczonego wysokości 130% sumy ubezpieczenia oraz 100% udziału w zyskach.
- 2) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 4 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o zgonie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - 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.

W przypadku, gdy nie ma Uposażonego lub gdy Uposażony utracił prawo do świadczenia, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności podanej poniżej:

- a) współmałżonkowi,
- b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli 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, współmałżonka i dzieci,
- e) innym spadkobiercom ustawowym.

6.

- 1) W razie inwalidztwa Ubezpieczonego w okresie udzielania pełnej ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu należne świadczenie w przypadającej na dzień orzeczenia inwalidztwa wysokości 130% sumy ubezpieczenia oraz 100% udziału w zyskach.
- 2) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w ust. 6 pkt. 1 jest zawiadomienie Towarzystwa na specjalnie przeznaczonym do tego celu formularzu o inwalidztwie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji,
 - c) zaświadczenia wystawionego przez lekarza lub odnośne władze stwierdzającego przyczynę inwalidztwa,

d) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

7.

- 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 ust.7 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.

Artykuł 13
Dodatkowe świadczenie w przypadku zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego

1.

Na dodatkowe świadczenie w przypadku zgonu lub inwalidztwa Ubezpieczonego składa się część ostatniej zapłaconej składki proporcjonalna do okresu pomiędzy datą zgonu Ubezpieczonego lub datą orzeczenia inwalidztwa, a datą wymagalności następnej składki pod warunkiem opłacania składek z częstotliwością roczną lub półroczną.

2.

W przypadku opłacenia składek za kolejne lata trwania umowy ubezpieczenia na dodatkowe świadczenia oprócz omówionego powyżej składają się składki zapłacone za kolejne lata trwania umowy.

Artykuł 14
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 załajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie się ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wolne będzie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

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

Art. 15
Gwarancja wykupu polisy przez Towarzystwo

1.

- 1) W czasie trwania umowy Ubezpieczony ma prawo do wykupu polisy. Wykup polisy przez Towarzystwo polega na wypłacie Ubezpieczonemu wartości wykupu na pisemny wniosek złożony przed upływem okresu proлонгaty składki.
- 2) Wartość wykupu zależy od rezerwy matematycznej utworzonej przez Towarzystwo na rzecz danej polisy oraz liczby lat jakie upłynęły od dnia zawarcia umowy i obliczona jest zgodnie z zasadami matematyki aktuariałnej stosowanymi przez Towarzystwo.

- 3) Wartość wykupu zostanie powiększona o wartość udziału w zyskach przypadającą na dzień dokonania wykupu.
- 4) Wartość wykupu przed opłaceniem składek za trzy lata umowy ubezpieczenia wynosi zero.
- 5) Wartość wykupu dla polis bezskładkowych wynosi zero.
- 6) Wartość wykupu polisy będzie ustalona na dzień, w którym do Towarzystwa wpłynął wniosek o dokonanie wykupu i pomniejszona o wszelkie należności Ubezpieczonego względem Towarzystwa zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia.
- 7) Wpłata wartości wykupu nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia wniosku o wykup.

2.

Wartość wykupu zostanie wypłacona:

- a) Ubezpieczonemu lub osobie przez niego upoważnionej jeżeli nie została dokonana cesja praw,
- b) Bankowi jeżeli cesja praw została dokonana.

3.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo 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 dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup wskazanych przez Towarzystwo.

Artykuł 16 Rozwiązanie umowy

- 1) Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni 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.
- 2) Ubezpieczony ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 3 miesięcznego okresu wypowiedzenia licząc od dnia doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia umowy na piśmie.
- 3) W razie wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczonego po opłaceniu trzech pełnych składek rocznych Towarzystwo wypłaca wartość wykupu po potrąceniu kwoty należnych składek i kosztów z zastrzeżeniem postanowień Art. 15 ust. 2.
- 4) Niezależnie od postanowień ustępów powyższych umowa wygasa:
 - a) z dniem odmowy przez Towarzystwo zaakceptowania ryzyka,
 - b) z dniem dokonania wykupu,
 - c) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
 - d) w dniu ustalenia przez lekarza orzecznika ZUS całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej oraz niezdolności do samodzielnej egzystencji,
 - e) z dniem dożycia przez Ubezpieczonego 20-tej rocznicy polisy.

Artykuł 17 Zmiany w umowie ubezpieczenia

- 1) Wnioski, oświadczenia, informacje, powiadomienia, o których mowa w ogólnych warunkach ubezpieczenia, Ubezpieczony lub osoba uprawniona są zobowiązane doręczyć Towarzystwu w formie pisemnej pod rygorem nieważności:
 - a) osobiście do siedziby Towarzystwa lub
 - b) listem poleconym przesłanym na adres siedziby Towarzystwa.Adres siedziby Towarzystwa podany jest na polisie.
- 2) Towarzystwo ma obowiązek zawiadomić o każdej zmianie swojej siedziby przez dokonanie stosownych ogłoszeń w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym.
- 3) Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia Towarzystwa o zmianie danych personalnych zawartych w polisie, adresu zamieszkania oraz adresu do korespondencji w terminie 14 dni od daty 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) Towarzystwo przekazuje Ubezpieczonemu decyzje i informacje przewidziane w ogólnych warunkach ubezpieczenia za pośrednictwem agenta ubezpieczeniowego lub listem poleconym przesłanym na wskazany adres zgodnie z pkt. 3.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do obciążenia Ubezpieczonego kosztami powstałymi z winy Ubezpieczonego, związanymi z przeprowadzaniem zmian w umowie, wystawianiem duplikatów lub kopii polisy ubezpieczeniowej, itp.

Artykuł 18 Postanowienia końcowe

- 1.
- 1) W braku odmiennych postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia, wszelkie zmiany warunków umowy wyrażają zgodnych oświadczeń Ubezpieczonego i Towarzystwo złożonych w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- 2) Jeżeli nie umówiono się inaczej, umowę stanowią niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz polisa.
- 3) Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odlegający od niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

W sprawach nie uregulowanych 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 o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

3.

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

4.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 51/2000 z dnia 7 sierpnia 2000 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2000 roku.

Paweł Dangel – Prezes Zarządu

Andrzej Burza – Wiceprezes Zarządu

dr Georg Lisiecki – Wiceprezes Zarządu