

Ogólne warunki indywidualnego inwestycyjnego ubezpieczenia na życie „Prosperita”

§ 1

Postanowienie ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach indywidualnego inwestycyjnego ubezpieczenia na życie „Prosperita”, zwanych dalej umowami ubezpieczenia, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w umowie ubezpieczenia oraz w ogólnych warunkach ubezpieczenia i wszelkich dokumentach do nich dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany we wniosku.

Ubezpieczający – osoba fizyczna, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest obowiązana 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.

Wniosek – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz określający szczegółowo warunki, na jakich została zawarta, podpisany przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa.

Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – dzień wskazany we wniosku, następujący po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich funduszy, wypłacana przez Towarzystwo Uposażonemu, powiększona o niższą z wartości:

- 10 000 zł
- 5% wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich funduszy.

Suma na ryzyku – różnica między sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach.

Składka regularna – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone we wniosku.

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.

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

Umowa dodatkowa – umowa uzupełniająca umowę ubezpieczenia i stanowiąca jej integralną część, która powoduje rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyko dodatkowe w niej wyszczególnione.

Oplata manipulacyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, którą potrąca się z każdej składki wpłacanej przez Ubezpieczającego.

Oplata administracyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie jego odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Oplata za ochronę ubezpieczeniową – opłata za bieżącą ochronę ubezpieczeniową potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

Rocznica umowy – każda rocznica daty określonej we wniosku jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami umowy.

Fundusz (strategia inwestycyjna) – wydzielona część aktywów Towarzystwa ulokowana w jednostkach uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych, w rozumieniu ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o funduszach inwestycyjnych (tekst jednolity DzU nr 49 z 2002 roku, poz. 448), zarządzanych przez Pioneer Pekao Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest fundusz.

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

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Ubezpieczenie bezskładkowe – ubezpieczenie na zmienionych warunkach, w którym wygasa obowiązek płacenia składek.

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, władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego, bądź też na 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.

Rozruchy i zamieszki – zbiorowy akt naruszenia porządku publicznego.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 2.
- Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego w wyniku:
 - samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

W powyższych sytuacjach zostanie wypłacone świadczenie w wysokości wartości wykupu.

3.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest rozszerzony o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku. Zakres odpowiedzialności z tytułu wspomnianej umowy dodatkowej jest określony w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej, dołączonej do umowy ubezpieczenia.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa jest zawierana 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 76 lat, z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.

Jeżeli umowa jest zawierana 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 wyrazi na to pisemną zgodę o treści zaproponowanej przez Towarzystwo.

4.

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

5.

Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje wraz z łącznym spełnieniem następujących warunków:

- złożenie przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na stosownym formularzu i jego zaakceptowanie przez przedstawiciela Towarzystwa,
- opłacenie należnej składki.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy.

7.

Na rzecz jednego Ubezpieczonego może być zawarta najwyżej jedna umowa ubezpieczenia ze składką regularną oraz najwyżej jedna umowa ubezpieczenia ze składką jednorazową.

8.

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

§ 5

Składki

1.

1. Składkę opłaca się regularnie lub jednorazowo.

2. Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone we wniosku.

3. Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Zależnie od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej we wniosku jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

4. Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.

5. W celu nabycia jednostek uczestnictwa Ubezpieczający może w każdym czasie wykonywania umowy ubezpieczenia wpłacać składki doraźne w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo.

6. Ubezpieczający ma prawo w rocznicę umowy zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę na co najmniej 30 dni przed dniem, od którego ma obowiązywać zmiana. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki regularnej ustalonej przez Towarzystwo.

7. Zmianę częstotliwości opłacania składek można przeprowadzić w każdą rocznicę umowy, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących wysokości składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

2.

1. Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, liczonej od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w wymaganym terminie, a umowa ubezpieczenia trwa krócej niż dwa lata, ma on prawo w okresie prolongaty złożyć Towarzystwu wniosek o wykup.

3. Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynęła składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup, a umowa ubezpieczenia trwa krócej niż dwa lata – umowa ubezpieczenia wygasa, a wartość wykupu jest wypłacana na rachunek bankowy Ubezpieczającego.

4. Wartość wykupu, o której mowa w pkt. 3, ustala się według cen jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa rozwiązania umowy.

5. Jeżeli w chwili dokonywania operacji wykupu numer rachunku bankowego Ubezpieczającego nie jest znany, a wartość wykupu nie przekracza aktualnie obowiązującego limitu – Towarzystwo nie wypłaca żadnej kwoty, przyjmując, iż koszty wykupu w tym wypadku przekraczają wartość wykupu. Jeżeli wartość wykupu przekracza wspomniany wyżej limit, Towarzystwo przekazuje ją na ostatnio wskazany adres korespondencyjny Ubezpieczającego.

6. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w wymaganym terminie, a umowa ubezpieczenia trwa nie krócej niż dwa lata, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zmianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.

7. Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynęła składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup lub czasowe zawieszenie opłacania składek, a umowa ubezpieczenia trwa nie krócej niż dwa lata – ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.

8. W ubezpieczeniu bezskładkowym:

- Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek regularnych;
- Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 7 ust. 4;
- umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 7 ust. 4;
- Ubezpieczający ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu.

9. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

3.

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

§ 6

Czasowe zawieszenie opłacania składek

1.

Za zgodą Towarzystwa Ubezpieczający ma prawo czasowo zawiesić opłacanie składek regularnych, jeżeli zostały opłacone dwie pełne roczne składki regularne i jeśli w ciągu ostatnich dwóch lat nie dokonano częściowego wykupu.

2.
Czasowe zawieszenie opłacania składek może nastąpić 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.
Opłacanie składek regularnych można zawiesić nie częściej niż raz na dwa lata.

5.
W okresie zawieszenia opłacania składek warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w § 7 ust. 4.

§ 7 Fundusze i rachunek jednostek

1. Fundusze tworzy się na zasadach określonych w przepisach prawa, ogólnych warunkach ubezpieczenia i regulaminie funduszy.
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 które będą inwestowane składki.
3. Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
4. Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi w ramach każdego funduszu rachunek jednostek, na którym ewidencjonuje jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

2.
1. Wartość rynkową lokat związanych z każdym funduszem ustala się przede wszystkim na podstawie zasad określonych w przepisach o rachunkowości oraz regulaminie funduszy.
2. Wartość aktywów każdego funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa ustala się na podstawie wartości rynkowej wszystkich lokat związanych z danym funduszem – według ich stanu w dniu wyceny i nie rzadziej niż raz na tydzień.

3.
1. Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczone na nabywanie jednostek uczestnictwa – na zasadach określonych poniżej.
2. Na nabycie jednostek uczestnictwa Towarzystwo przeznacza kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę manipulacyjną określoną w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia.
3. Składki regularne, składkę jednorazową oraz składki doraźne lokuje się w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. Jeżeli nie wskazano funduszy, w których mają być lokowane składki, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania, kierując się najlepiej pojmowanym interesem klienta. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100, składki lokuje się proporcjonalnie we wszystkich funduszach wymienionych we wniosku.
4. Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególne fundusze, jak również – zgodnie z zasadami określonymi przez Towarzystwo – przenosić środki z jednego funduszu do drugiego, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio. W obu wypadkach pierwsza taka operacja w danym roku polisowym jest wolna od opłaty.

Za każdą następną pobiera się opłatę wskazaną w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

5. Zmiany wymienione w pkt. 4 obowiązują od dnia rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu wniosku do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży dyspozycji określającej inny sposób podziału składki doraźnej, składki doraźne lokuje się w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej lub jednorazowej, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio.
7. Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny jednostki 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. (piątego) dnia od daty wpływu składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia potwierdzenia zawarcia umowy, a w wypadku składek doraźnych – również pod warunkiem doręczenia dyspozycji, o której mowa w pkt. 6.
8. Towarzystwo raz w roku informuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, a w szczególności o wartości wykupu polisy.
9. Towarzystwo może poinformować Ubezpieczającego o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia oraz o stanie rachunków jednostek na wniosek Ubezpieczającego.

4.
1. Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należną opłatę za ochronę ubezpieczeniową, umarżając część jednostek uczestnictwa według następującego schematu:
 - a) Towarzystwo wylicza wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wynikającą z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowej;
 - b) część opłat, o których mowa w pkt. 1 litera a), obciążając rachunek jednostek w danym funduszu ustala się proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku; wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny jednostki uczestnictwa w danym dniu;
 - c) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt. 1 litera b).
2. Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się, biorąc pod uwagę sumę na ryzyku oraz prawdopodobieństwo śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem płci i wieku, wynikające z polskich tablic trwania życia w roku 1995 i 1996, ogłoszonych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Sumę na ryzyku wyznacza się według bieżących cen jednostek uczestnictwa.
3. W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy pomniejsza się o kwotę odpowiadającą wysokości opłaty za administrowanie strategią inwestycyjną.
4. Opłata za administrowanie strategią inwestycyjną jest wskazana w regulaminie funduszy, który stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 8 Wykup

1.
1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo dokonać wykupu albo częściowego wykupu.
2. Wykup i częściowy wykup może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
3. Wartość wykupu odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek, pomniejszonej o koszt wykupu.

4. Wartość jednostek, o których mowa w pkt. 2 i 3, ustala się według cen jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wniosku o wykup lub częściowy wykup w systemie obsługi polis Towarzystwa, pod warunkiem doręczenia kompletu dokumentów wskazanych w ust. 4 pkt 1. Rejestracja następuje niezwłocznie po doręczeniu Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup lub częściowy wykup.
5. Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu jako jednorazowa wypłata.

2.

1. Podstawą, od której Towarzystwo oblicza koszt wykupu, jest wartość rachunków jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 3, powiększona o sumę dokonanych częściowych wykupów i pomniejszona o sumę wpłaconych składek doraźnych.
2. Koszt wykupu dla danego roku polisowego wynosi:

W roku polisowym	Koszt wykupu (w % podstawy)	
	Składka regularna	Składka jednorazowa
1.	50	5
2.	25	3
3.	10	3
4.	5	2
5.	2	1
Od 6. roku	0	0

3. Wykup realizuje się, biorąc pod uwagę rok polisowy ustalany na podstawie wcześniejszej z dat:
 - a) daty doręczenia Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup,
 - b) daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki, z wyłączeniem umowy ubezpieczenia przekształconej w ubezpieczenie bezskładkowe lub opłaconej składką jednorazową.

3.

1. Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu nie częściej niż raz w roku polisowym, z zastrzeżeniem pkt. 2, 3 oraz 4.
2. Niezależnie od innych postanowień kwota częściowego wykupu nie może być mniejsza niż 1000 zł oraz nie może przekroczyć wartości wykupu.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
4. W razie dokonania częściowego wykupu liczba jednostek uczestnictwa odpowiadająca swojej wartości kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup.
5. Po dokonaniu częściowego wykupu wartość rachunków jednostek Ubezpieczającego nie może być mniejsza niż 1000 zł.
6. Jeżeli we wniosku o częściowy wykup nie wskazano funduszy, z których mają być wycofane środki, Towarzystwo dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków na poszczególnych funduszach. Jeżeli wymienione wyżej wskazanie dotyczące częściowego wykupu jest niemożliwe do realizacji, Towarzystwo wycofa środki z funduszy według własnego uznania, w maksymalnej możliwej do zrealizowania wysokości.

4.

1. Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) w wypadku wykupu – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem;

c) inne dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne dla rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup.

2. Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów wskazanych w pkt. 1.

§ 9

Wypłata świadczeń

1.

1. W razie śmierci Ubezpieczonego – Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane bezzwłocznie powiadomić Towarzystwo o tym zdarzeniu na piśmie.
2. Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę doręczenia Dyrekcji Generalnej Towarzystwa pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu. Rejestracja tego zawiadomienia w systemie obsługi polis Towarzystwa następuje niezwłocznie.
3. Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego potwierdzonej notarialnie.
4. Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia pisemnie lub drogą elektroniczną informuje o tym Ubezpieczającego i osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
5. W oparciu o przesłaną dokumentację Towarzystwo przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia:
 - potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - wysokości świadczenia,
 - osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - sposobu przekazania świadczenia.

2.

Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 91, poz. 408 z późn. zm.), informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

3.

1. Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia.
2. Sumę ubezpieczenia ustala się na podstawie wartości jednostek uczestnictwa w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce po wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, kwota wypłacana przez Towarzystwo ustalana jest według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa rozwiązania umowy.

4.

1. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
2. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
3. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - b) odpis aktu zgonu,
 - c) dokument stwierdzający tożsamość Uposażonego,
 - d) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia,
 - e) inne dokumenty niezbędne dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazane przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentację medyczną w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
5. W wypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu według ceny jednostki z dnia zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

5.

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

6.

1. Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek swojej śmierci zarówno przy zawarciu 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. Towarzystwo jest zobligowane dokonać zmianą, począwszy od dnia doręczenia Dyrekcji Generalnej Towarzystwa oświadczenia o zmianie Uposażonego.
4. W sytuacji, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci ustala się, zachowując proporcje wskazane we wniosku.
5. Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 10

Rozwiązanie umowy

1.

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

2.

Jeżeli Ubezpieczający skorzysta z powyższego prawa, Towarzystwo zwróci mu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów, jeżeli zostały dokonane, oraz o opłatę administracyjną wskazaną w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, jeśli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Dyrekcji Generalnej Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu.

3.

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie.
2. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- b) z dniem doręczenia Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup polisy,
- c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 7 ust. 4.

§ 11

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości opłat zawartych w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Podwyżka opłat w ramach limitu wyznaczonego przez wskaźnik wzrostu cen towarów i usług za okres od ostatniej zmiany nie oznacza zmiany umowy.

3.

Postanowień pkt. 2 nie stosuje się do opłaty manipulacyjnej.

4.

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

5.

Ubezpieczający i Ubezpieczony są obowiązani powiadamiać Towarzystwo o zmianach danych osobowych zawartych we wniosku, w tym o zmianie adresu zamieszkania, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian.

W razie niedopełnienia obowiązku określonego powyżej, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa wysłane pod ostatnio znany mu adres uważa się za wysłane prawidłowo.

§ 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 oraz Ubezpieczony mają prawo dokonać cesji przysługujących im praw z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 13

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają odpowiednio zastosowanie regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

2.

Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający będący osobą fizyczną lub uprawniony na podstawie umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

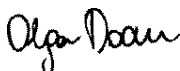
Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie), albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego na podstawie umowy ubezpieczenia.

4.

Informacja Towarzystwa o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

5.


Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 2/2004 z dnia 19.02.2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 marca 2004 roku.



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowie dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, która stanowi uzupełnienie umowy indywidualnego inwestycyjnego ubezpieczenia na życie „Prosperita”, zawieranej przez T U Allianz Życie Polska S.A. na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Prosperita”. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają zasady, na których Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.

Warunki i terminy 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

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

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

Suma ubezpieczenia – kwota wypłacana dodatkowo przez Towarzystwo Uposażonemu w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, równa niższej z wartości:

- a) 40 000 zł,
- b) 20% wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich funduszy.

Suma na ryzyku – kwota, jaką Towarzystwo wypłaca z własnych środków w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Suma na ryzyku jest równa sumie ubezpieczenia.

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

§ 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 razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określoną we wniosku, 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 dodatkowej;
- b) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- c) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wypadku;
- d) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

3.

1. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącej wynikiem:

- 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 sytuacji, 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 (DzU 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 nie był nieszczęśliwy wypadek.

2. W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa jest zawierana na czas określony (do dnia rocznicy umowy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat).

2.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia

4.

Towarzystwo pobiera miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową w wysokości 1/12 promila sumy na ryzyku, zgodnie z § 7 ust. 4 ogólnych warunków indywidualnego inwestycyjnego ubezpieczenia na życie „Prosperita”.

§ 5

Rozwiązanie umowy dodatkowej

Umowa dodatkowa rozwiązuje się:

- a) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
- b) z dniem dożycia Ubezpieczonego do rocznicy umowy, poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

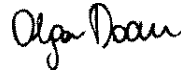
§ 6

Postanowienia końcowe

1.
Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane są obowiązane niezwłocznie powiadomić Towarzystwo na piśmie o śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.
W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia mają odpowiednio zastosowanie regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

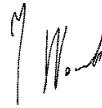
3.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 3/2004 z dnia 19.02.2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 marca 2004 roku.



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków indywidualnego inwestycyjnego ubezpieczenia na życie „Prosperita”

Tabela opłat

1. Opłata manipulacyjna:

Składka regularna 7% kwoty wpłacanej składki.

Składka jednorazowa i doraźna – opłata manipulacyjna zależy od wysokości wpłacanej kwoty składki.

Kwota składki jednorazowej lub doraźnej (zł)	Opłata manipulacyjna (% kwoty wpłacanej składki jednorazowej lub doraźnej)
Do 24 999	7
25 000 – 49 999	6
50 000 – 99 999	5,5
100 000 – 199 999	5
200 000 – 299 999	4
300 000 – 499 999	2
500 000 – 999 999	1
Od 1 000 000	0

3. Opłata administracyjna

70 zł

4. Opłata za administrowanie strategiami inwestycyjnymi – nie może przekroczyć w skali roku 1,9% aktywów. Wycena wartości aktywów netto na jednostkę uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych, wchodzących w skład portfela strategii, odbywa się zgodnie z zasadami opisanymi w statutach otwartych funduszy inwestycyjnych, zarządzanych przez Pioneer Pekao Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.

5. Opłata za zmianę procentowego podziału lokowania składki – pierwszy raz w danym roku polisowym bezpłatnie, potem 20 zł.

6. Opłata za przenoszenie środków między strategiami – pierwszy raz w danym roku polisowym bezpłatnie, potem 20 zł.

Minimalna składka regularna (miesięcznie)	150 zł
Minimalna składka jednorazowa	5 000 zł
Minimalna składka doraźna	1 000 zł
Minimalna składka regularna uprawniająca do alokacji w Funduszu Międzynarodowym (miesięcznie)	500 zł
Minimalna składka jednorazowa uprawniająca do alokacji w Funduszu Międzynarodowym	10 000 zł
Minimalna wypłacana kwota wykupu	50 zł

7. Limity

