

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Strategia Aktywnych Portfeli

§ 1.

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli (zwane dalej: OWU) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. z osobami fizycznymi – Klientami Centralnego Domu Maklerskiego Pekao S.A. (zwanego dalej: CDM).

§ 2.

Definicje

Terminom używanym w OWU, załącznikach do OWU, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **alokacja składki** – procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki doraźnej pomiędzy wybrane Fundusze, w celu nabycia jednostek,
- 2) **CDM** – Centralny Dom Maklerski Pekao S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 18, 02-675 Warszawa, wpisana pod numerem KRS: 0000024477 do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; NIP: 521-26-54-772; wysokość kapitału zakładowego w pełni opłaconego: 56.331.898,00 złotych,
- 3) **cena jednostki** – wartość jednostki, według której Ubezpieczyciel przelicza wpłacane składki na jednostki oraz umarza jednostki zewidencjonowane na rachunkach jednostek,
- 4) **Centrala Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Allianz powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Allianz; adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Allianz wskazany w polisie,
- 5) **czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona,
- 6) **czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek,
- 7) **czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi,
- 8) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
- 9) **dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w polisie, w którym Ubezpieczyciel rozpoczyna świadczyć ochronę ubezpieczeniową,
- 10) **e-serwis** – portal internetowy Ubezpieczyciela, dostępny poprzez przeglądarkę internetową, umożliwiający składanie dyspozycji, o których mowa w OWU (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość),
- 11) **Fundusz lub ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy** – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną część aktywów Ubezpieczyciela ulokowaną na zasadach przewidzianych Regulaminem, o którym mowa w pkt. 19), tworzoną ze składek opłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia; pojęcie ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (Funduszu) odnosi się również do portfeli modelowych,
- 12) **jednostki** – części o równej wartości, na które jest podzielony Fundusz,
- 13) **Klient CDM** – osoba fizyczna, która z CDM zawarła Umowę świadczenia usług maklerskich przez Centralny Dom Maklerski Pekao S.A. i jest zainteresowana zawarciem umowy ubezpieczenia,
- 14) **zawarcie polisy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, każdy kolejny miesiąc polisy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego,
- 15) **polisa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo jej warunki oraz potwierdzający nabycie jednostek,
- 16) **rachunek jednostek** – odpowiednio rachunek podstawowy i rachunek swobodnego dostępu, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących z wpłaconych składek,
- 17) **rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących ze składki podstawowej,
- 18) **rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych,
- 19) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli, stanowiący załącznik nr 2 do OWU, wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Ubezpieczyciela,
- 20) **rocznica polisy** – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 21) **rok polisy** – 12 miesięcy polisy od daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej rocznicy polisy,
- 22) **składka** – odpowiednio składka podstawowa lub składka doraźna,
- 23) **składka doraźna** – składka niezależna od składki podstawowej, uiszczana dodatkowo i dobrowolnie na rachunek swobodnego dostępu właściwy dla danej umowy ubezpieczenia, za którą po wystawieniu polisy nabywane są jednostki,
- 24) **składka podstawowa** – składka opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz potwierdzona w polisie. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 25) **suma na ryzyku** – odpowiada różnicy między wartością wpłaconych składek pomniejszoną o kwotę dokonanych częściowych wykupów, a wartością jednostek zewidencjonowanych na rachunkach, nie mniejsza niż zero, stanowiąca podstawę do naliczenia opłaty za ochronę ubezpieczeniową,
- 26) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca Załącznik nr 1 do OWU, wskazująca wysokości opłat występujących w umowie ubezpieczenia oraz limity poszczególnych wartości określonych w tej tabeli,
- 27) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca Klientem CDM, która na rachunek Ubezpieczonego, za jego zgodą, zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia składki podstawowej; może nim być Ubezpieczony,
- 28) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia,
- 29) **Ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości),
- 30) **Umowa o świadczenie usług maklerskich** – umowa zawierana pomiędzy Klientem CDM a CDM Pekao S.A. na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług maklerskich przez Centralny Dom Maklerski Pekao S.A.,
- 31) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 32) **wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach przewidzianych w § 10 OWU, w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2 OWU,
- 33) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz Ubezpieczyciela, wypełniany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczający wyraża wolę zawarcia umowy ubezpieczenia,

34) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania tej ochrony.

§ 3.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

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

3.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie osobie uprawnionej, w razie śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia w wysokości wyższej z dwóch wartości:

- wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych na zasadach określonych w Regulaminie lub
- wartości składek wpłaconych przez Ubezpieczającego pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.

4.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

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

Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie równe wartości jednostek liczonej jako iloczyn liczby jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym i rachunku dodatkowym w dniu śmierci Ubezpieczonego oraz ceny jednostek wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 4.

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowę ubezpieczenia może zawrzeć Klient CDM, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat.

2.

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

3.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający otrzymuje tekst OWU wraz z załącznikami.

4.

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

5.

Ubezpieczyciel w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawarłej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, wystawi polisę, która potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia i objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

6.

Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

7.

Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu polisę, potwierdzającą zawarcie umowy ubezpieczenia. Polisa zostanie wysłana w terminie 5 dni roboczych od daty nabycia jednostek.

8.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż od

dnia następnego po zapłaceniu składki podstawowej w wyznaczonym terminie i wysokości.

9.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy.

10.

Na podstawie uzyskanych przez Ubezpieczyciela informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzję, o której mowa w zdaniu powyższym, Ubezpieczyciel podejmie w terminie 7 dni roboczych licząc od dnia wpływu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia do Centrali Allianz.

11.

W przypadku odmowy, o której mowa w ust. 10, Ubezpieczyciel zwróci wpłaconą składkę w terminie do 5 dni roboczych od daty podjęcia decyzji o odmowie i poinformuje o tym Ubezpieczającego.

12.

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

§ 5.

Składka podstawowa i rachunek podstawowy

1.

Wpłata na poczet składki podstawowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela następuje najpóźniej drugiego dnia roboczego po dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2.

Składkę podstawową uznaje się za wpłaconą w dniu, w którym wpłynęła w pełnej wysokości, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.

3.

Kwota składki podstawowej nie może być niższa od składki podstawowej zadeklarowanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów.

4.

W przypadku nie wpłynięcia składki podstawowej na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy w terminie, o którym mowa w ust. 1, ochrona ubezpieczeniowa nie rozpoczyna się. Postanowienie zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do wpłaty składki podstawowej w niepełnej wysokości.

5.

Ubezpieczyciel w terminie 5 dni roboczych od dnia nieterminowej wpłaty składki podstawowej dokona zwrotu tej wpłaty na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek inwestycyjny w CDM lub rachunek bankowy, jeżeli taka wpłata została dokonana na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

6.

W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota składki podstawowej, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę na rachunek bankowy/rachunek inwestycyjny w CDM wskazany przez Ubezpieczającego, w terminie określonym w ust. 5.

7.

W przypadku zarejestrowania wpłaty składki w niepełnej wysokości oraz upływu terminu, o którym mowa w ust. 1 i braku dopłaty do pełnej wysokości składki podstawowej w ww. terminie – Ubezpieczyciel dokona zwrotu wpłaconej kwoty w terminie, o którym mowa w ust. 5, a następnie poinformuje o tym Ubezpieczającego.

8.

Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki złożoną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku podstawowym.

9.

Ubezpieczyciel przeznaczają na nabycie jednostek całą kwotę wpłaconej składki podstawowej.

10.

Liczbę jednostek danego Funduszu, nabywanych z wpłaconej składki podstawowej, ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki tego Funduszu w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 6.

Składki doraźne i rachunek swobodnego dostępu

1. W każdym czasie, niezależnie od składki podstawowej, na rachunek swobodnego dostępu właściwy dla danej umowy ubezpieczenia mogą być wpłacane składki doraźne.

2. Wysokość składki doraźnej jest dowolna, jednak nie może ona być niższa od minimalnej składki doraźnej określonej w Tabeli opłat i limitów.

3. Datą zapłaty składki doraźnej jest dzień wpływu tej składki, w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki doraźnej, na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy.

4. W przypadku odnotowania wpłaty składki w wysokości niższej niż minimalna, Ubezpieczyciel zwróci na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek inwestycyjny w CDM lub rachunek bankowy wpłaconą kwotę w terminie 5 dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

5. Składka doraźna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją określoną przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dyspozycji zmiany alokacji składki i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.

6. Ubezpieczyciel przeznacza na nabycie jednostek całą kwotę składki doraźnej.

7. Liczbę jednostek nabywanych z wpłaconej składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki tego Funduszu w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 7.

Alokacja składki i przeniesienie środków

1. Ubezpieczający składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz składki doraźnej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo w ramach danej umowy ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w które będą inwestowane składki.

2. Dyspozycja alokacji składki dla danego rachunku powinna być określona procentowo z dokładnością do 1 i stanowić łącznie 100, z zastrzeżeniem, że udział procentowy składki lokowanej w jeden Fundusz nie może być mniejszy niż 10.

3. Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następczej składki doraźnej (tzw. zmiana alokacji składki), z zastrzeżeniem postanowień ust. 2. Zmiana alokacji składki doraźnej jest realizowana na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem CDM lub innego przedstawiciela Ubezpieczyciela, lub dowolnej jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, bądź wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem CDM lub samodzielnie) lub też za pośrednictwem infolinii Allianz.

4. Zmiana alokacji składki doraźnej realizowana jest nie później niż w terminie:
a) 5 dni roboczych licząc od dnia wpływu dyspozycji Ubezpieczającego do Centrali Allianz jeśli wysyłana jest ona na adres Centrali Allianz lub składana bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz albo licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis lub infolinii Allianz,
b) 10 dni roboczych licząc od dnia złożenia dyspozycji Ubezpieczającego u przedstawiciela Ubezpieczyciela lub w dowolnej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.
i ma zastosowanie do składek, które zostaną zapłacone po dniu realizacji zmiany.

5. Za realizację dyspozycji zmiany alokacji składki doraźnej Ubezpieczyciel pobiera opłatę transakcyjną w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów i na zasadach określonych w § 9 ust. 1 pkt. 4.

6.

Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może przenosić środki w ramach danego rachunku między dostępnymi Funduszami. Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego i odbywa się poprzez umorzenie jednostek jednego Funduszu i nabycie (ze środków uzyskanych z umorzenia) jednostek innego lub innych Funduszy w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim w formie pisemnej (za pośrednictwem przedstawiciela Ubezpieczyciela lub dowolnej jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela, bądź wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem przedstawiciela Ubezpieczyciela lub samodzielnie) lub też za pośrednictwem infolinii Allianz.

7. Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane, jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, co uniemożliwia jej realizację.

8. Za realizację dyspozycji przeniesienia środków Ubezpieczyciel pobiera opłatę transakcyjną w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, i na zasadach określonych w § 9 ust. 1 pkt. 4.

§ 8. Fundusze

1. Składka podstawowa i składki doraźne wpłacane przez Ubezpieczającego inwestowane są w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, OWU oraz Regulaminie.

2. Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach.

3. Ubezpieczyciel dla każdej umowy ubezpieczenia prowadzi rachunki jednostek, na których są ewidencjonowane jednostki poszczególnych Funduszy nabywane za alokowane składki.

4. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym.

5. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek w jednostki poszczególnych funduszy ponosi Ubezpieczający. Szczegółowy opis ryzyka inwestycyjnego wskazano w Regulaminie.

6. Wartość rynkowa lokat związanych z każdym funduszem jest ustalana w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.

7. Wartość aktywów każdego funduszu oraz ceny jednostek są ustalane według zasad określonych w Regulaminie.

§ 9. Opłaty

W czasie trwania umowy ubezpieczenia pobierane są następujące opłaty:
1) **opłata za ochronę ubezpieczeniową** – opłata pobierana za czas świadczenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, obliczana jako iloczyn sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, ustalonej na podstawie aktualnego w danym miesiącu polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu Tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli opłat i limitów.

Opłata za ochronę ubezpieczeniową pobierana jest pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego z góry, z rachunku podstawowego za dany miesiąc polisowy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku podstawowego, według cen jednostek z dnia pobrania opłaty. W razie rozwiązania umowy ubezpieczenia na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową, za okres w którym jej nie świadczył;
2) **opłata administracyjna** – opłata za administrowanie Funduszami, pokrywająca również koszty Allianz związane z zawarciem i obsługą umowy. Opłata administracyjna określona jest jako procent średniego stanu ilości jednostek Funduszu na danym rachunku za dany miesiąc polisowy, pobierana w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów. Średni stan ilości jednostek Funduszu na danym rachunku liczony

jest jako suma ilości jednostek w każdym dniu miesiąca polisowego, podzielona przez liczbę dni w tym miesiącu.

Oплата administracyjna jest pobierana w pierwszym dniu każdego miesiąca polisowego, z dołu, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek z Funduszu na danym rachunku.

Oплата pobierana jest proporcjonalnie z Funduszy, w których jednostki uczestnictwa posiada Ubezpieczający. W razie przeniesienia środków, częściowego wykupu polisy lub rozwiązania (wskutek odstąpienia lub wypowiedzenia) umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel – odpowiednio przed przeniesieniem środków, częściowym wykupem lub rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, pobierze część opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rejestracji operacji: przeniesienia środków, częściowego wykupu lub do dnia rozwiązania (wskutek odstąpienia lub wypowiedzenia) umowy ubezpieczenia.

3) **opłata za wykup/częściowy wykup** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent środków pochodzących z umarzanych jednostek, zgodnie z trybem określonym w § 10, uwzględniająca koszty Ubezpieczyciela pobierane w związku z wykupem/częściowym wykupem w poszczególnych latach trwania umowy ubezpieczenia, na które składają się koszty związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, jej obsługą, jej rozwiązaniem oraz realizacją wykupu/częściowego wykupu;

4) **opłata transakcyjna** – wartość określona kwotowo i pobierana za realizację dyspozycji przeniesienia środków lub zmiany alokacji składki ponad bezpłatne limity wskazane w Tabeli opłat i limitów.

Oплата transakcyjna za realizację dyspozycji przeniesienia środków pobierana jest kwotowo od wartości umorzonych jednostek Funduszu, z którego dokonywane jest przeniesienie środków.

Oплата transakcyjna za zmianę alokacji składki pobierana jest w dniu realizacji dyspozycji poprzez umorzenie jednostek z rachunku, którego zmiana alokacji dotyczy, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku. Liczba umarzanych jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez cenę – jednostki z dnia realizacji dyspozycji.

§ 10.

Wykup i częściowy wykup

1.

W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu.

2.

Wykup lub częściowy wykup może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Ubezpieczyciela odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na danym rachunku jednostek. Ubezpieczający składa wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim za pośrednictwem przedstawiciela Ubezpieczyciela lub dowolnej jednostki organizacyjnej Ubezpieczyciela lub wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz.

3.

Wykup polega na umorzeniu wszystkich jednostek w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Wartość wykupu odpowiada wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek pomniejszych o opłatę za wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.

4.

Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż od dnia wystawienia polisy (dnia zakupu jednostek za składkę podstawową, zgodnie z zasadami przewidzianymi w Regulaminie).

5.

Częściowy wykup polega na umorzeniu z właściwego rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Wartość częściowego wykupu odpowiada wartości jednostek umorzonych zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego we wniosku, pomniejszych o opłatę za częściowy wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.

6.

Szacowana kwota częściowego wykupu określana jest jako iloczyn wskazanej przez Ubezpieczającego liczby jednostek Funduszy i ceny tych jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela.

7.

Niezależnie od innych postanowień wartość rachunku podstawowego po dokonaniu częściowego wykupu z rachunku podstawowego, szacowana na podstawie cen jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela nie może być niższa niż minimalna wartość rachunku podstawowego określona w Tabeli opłat i limitów.

8.

Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania Funduszy, z których mają być wycofane środki, Ubezpieczyciel dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych Funduszach.

9.

W przypadku gdy nie zostanie spełniony warunek określony w ust. 7 powyżej, Ubezpieczyciel wycofa jednostki z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

10.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela wartości wykupu lub częściowego wykupu są:

- wypełniony wniosek o wykup / częściowy wykup,
- kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez organ wystawiający dany dokument, przedstawiciela Ubezpieczyciela lub notariusza za zgodność z oryginałem.

11.

Kwota należna z tytułu wykupu lub częściowego wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek inwestycyjny w CDM/ rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie:

- 12 dni roboczych od daty wpływu kompletu dokumentów, wskazanych w ust. 10, do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz;
- 15 dni roboczych od daty złożenia kompletu dokumentów wskazanych w ust. 10 u przedstawiciela Ubezpieczyciela lub w dowolnej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela.

§ 11.

Wypłata świadczeń

1.

W razie śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby uprawnione do otrzymania świadczenia są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

2.

Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując równocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania.

3.

Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela.

4.

Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć posiadane dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:

- odpis aktu zgonu,
- dokument stwierdzający tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- inne dokumenty niezbędne do rzetelnego ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia Ubezpieczyciela wskazane przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Dokumenty należy złożyć w oryginale lub jako kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem przez organ wystawiający dany dokument, notariusza lub przedstawiciela Ubezpieczyciela.

5.

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji Ubezpieczyciel przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:

- potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
- zasadności zgłoszonych roszczeń,
- wysokości świadczenia,
- osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
- sposobu przekazania świadczenia.

6.

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia go o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

7.

Gdyby w terminie, o którym mowa w ust. 6, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc

od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłacał terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.

9.

W razie odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu. Umorzenie jednostek z tytułu wykupu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, następuje w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

10.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

11.

Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Ubezpieczyciela.

12.

Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.

13.

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

14.

Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

15.

W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w ust. 13, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia – prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z dyspozycji Ubezpieczonego.

16.

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 i dzieci i współmałżonka,
- e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 12.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo zrezygnować z umowy ubezpieczenia w każdym momencie jej trwania, składając Ubezpieczycielowi odpowiednie oświadczenie.

2.

W razie skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 1, w terminie 30 dni od daty zawarcia umowy (tzw. odstąpienie), Ubezpieczyciel w terminie:

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

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

- 1) powiększoną o opłatę wskazane w § 9 ust. 1 pkt 1 - 2 i 4,

- 2) i pomniejszoną o opłatę za ochronę ubezpieczeniową za okres, w którym Ubezpieczyciel jej udzielał.

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

3.

W razie skorzystania z prawa, o którym mowa w ust. 1, po 30-tym dniu od daty zawarcia umowy (tzw. wypowiedzenie umowy), złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

4.

W sytuacji, o której mowa w ust. 3, wartość wykupu uwzględnia zwrot pobranej przez Ubezpieczyciela opłaty za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

5.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- b) z dniem wpłynięcia wypełnionego wniosku o wykup do Ubezpieczyciela,
- c) z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9,
- d) z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,
- e) z dniem złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.

§ 13.

Składanie oświadczeń w trakcie umowy ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie ubezpieczenia oraz dyspozycje i oświadczenia związane z jej wykonaniem lub jej rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2, i powinny być zgłaszane na formularzach przygotowanych w tym celu przez Ubezpieczyciela.

2.

Jeżeli Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (w tym za pośrednictwem e-serwis), zmiany umowy lub oświadczenia związane z jej wykonywaniem, wskazane w regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość oraz udostępnione Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, mogą na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mieć formę inną niż pisemna.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony i Ubezpieczyciel są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

§ 14.

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia mogą składać u Ubezpieczyciela (w Centrali Allianz, dowolnej jednostce organizacyjnej Ubezpieczyciela lub u przedstawiciela Ubezpieczyciela) skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia. Jednostką właściwą do rozpatrywania skarg lub zażaleń jest Centrala Allianz.

2.

Niezwłocznie po rozpatrzeniu skargi lub zażalenia, nie później niż w terminie 30 dni od daty ich otrzymania, Ubezpieczyciel powiadamia w formie pisemnej lub w inny uzgodniony sposób osobę, która zgłosiła skargę lub zażalenie o sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia.

3.

Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego

§ 15.

Obowiązki Ubezpieczyciela

1.

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

2.

Ubezpieczyciel jest obowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń

przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

3.

Pisemne informacje, o których mowa w ust. 1-2, Ubezpieczyciel może przekazać za zgodą Ubezpieczającego za pomocą środków komunikacji elektronicznej, pod warunkiem opatrzenia tych wiadomości bezpiecznym podpisem elektronicznym weryfikowanym za pomocą ważnego kwalifikowanego certyfikatu.

§ 16.

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

1.

W przypadku gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to 2 różne osoby, dla skutecznego zawarcia umowy ubezpieczenia konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego o treści zawartej na jego rachunek umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczony wyraził zgodę na zawarcie takiej umowy i jej warunki.

2.

Zmiana umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

3.

Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w § 15 ust. 1 i 2, niezwłocznie po ich otrzymaniu, w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. W przypadku informacji, o których mowa w § 15 ust. 1, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia.

4.

W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 17.

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

3.

Jeżeli roszczenia osób uprawnionych z tytułu umów ubezpieczenia na życie nie mogą być pokryte przez Ubezpieczyciela z powodu:

- upadłości Ubezpieczyciela,
 - oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczyciela lub umorzenia postępowania upadłościowego, gdy majątek Ubezpieczyciela nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
 - zarządzenia likwidacji przymusowej Ubezpieczyciela,
- gwarantowane są świadczenia dla osób fizycznych w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.

4.

Wypłatami świadczeń, o których mowa w poprzedzającym ust. 3, zajmuje się Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.

5.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 71/2014 z dnia 5 czerwca 2014 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia otrzymanych przez przedstawiciela Ubezpieczyciela od dnia 27 czerwca 2014 roku.

§ 18.

Załączniki do OWU

Lista załączników:

- Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów
- Załącznik nr 2 – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli

Witold Jaworski
Prezes Zarządu

Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu

Tomasz Rejman
Wiceprezes Zarządu

Katarzyna Scheer
Wiceprezes Zarządu

Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu