Ogólne warunki kontynuacji
grupowego ubezpieczenia na życie
(indeks KZ 04)
Spis treści

Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (indeks KZ 04) 3

Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 04 11

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 02) 12

Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A. 16

Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o indeksie GZ KR 02 18
Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie
(indeks KZ 04)

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stosuje się
w indywidualnych umowach ubezpieczenia zawieranych przez
TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej Towarzystwem,
z Ubezpieczonymi, który byli objęci ochroną ubezpieczeniową
wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie
(zwaną dalej grupową umową ubezpieczenia), zawartej
na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia
na życie.

2. Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:
1) akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej
bezpośrednio przeciwko osobie, co zwraca ją do
pododdawa się woli używającego przemocy i określonego
zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez
osobę, przez co swobodę woli tej osoby – w zakresie
posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania niej
– zostaje ograniczona;
2) akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania
przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo
poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego
bądź uszczytu broni palnej, granatu, bomby, substancji
wybuchowych, rakiet lub innych środków walki, jeżeli
ich użyście zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego;
3) częściowe inwalidzkość – trwałe fizyczne uszkodzenie
 ciała lub utratę zdrowia, które powoduje upośledzenie
czynności organu lub ich niekiedy poprawy, będące
następnstwem wypadku;
4) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub
przysposobione Ubezpieczonego:
a) w wieku do 20 lat,
b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwałe
niezdolne do pracy zarobkowej;
5) indywidualna umowa ubezpieczenia – umowę zawieraną
na podstawie niniejszych o.w.u., stanowiącą kontynuację
ubezpieczenia w ramach grupowej umowy
ubezpieczenia;
6) karekcia – okres, w którym Towarzystwo nie ponosi
odpowiedzialności lub ponosi ograniczoną
odpowiedzialność otrzymaną z tytułu zajścia zdarzeń obywatelskich
ocałoną umowy ubezpieczeniową na podstawie indywidualnej
umowy ubezpieczenia;
7) martwe dziecko – noworodka martwego zarejestrowanego
w urzędzie stanu cywilnego;
8) matka – matka naturalna lub macochę;
9) macocha – osoba, z którą ojciec Ubezpieczonego
lub wspólniołonka jest dziecko istnieje;
10) ojciec – ojca naturalnego lub ojczyma;
11) ojczym – osoba, z którą matka Ubezpieczonego
lub wspólniołonka jest dziecko istnieje;
12) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon
Ubezpieczonego, który nastąpił przed osieroceniem przez
dziecko Ubezpieczonego 20. rokom życia lub bez względu
na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono trwałe
niezdolne do pracy zarobkowej;
13) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstał
w wyniku dobroвольnego, świadomego wprowadzenia
przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej
ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi
do stanienia we krwi powyżej 0,2 % alkoholu albo do
obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg
alkoholu w 1 dm³;
14) rocznica polisy – każdą rocznicę daty zawarcia
indywidualnej umowy ubezpieczenia;
15) rodzin – ojca lub matki Ubezpieczonego lub
współmałżonka;
16) składanka – składkę ochronną w wysokości ustalonej
w indywidualnej umowie ubezpieczenia, przeznaczoną
na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej
udzielanej w ramach indywidualnej umowy
ubezpieczenia;
17) suma ubezpieczenia – określoną w polisie kwotę będącą
podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu
umowy ubezpieczenia, wypłacaną w razie zajścia
w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego
zdania określonego umowę ubezpieczenia;
18) techniczna stopa procentowa – zakładana przez
Towarzystwo teoretyczną stopę zysku z inwestowania
rezerwy matematycznej w trakcie trwania
ubezpieczenia, wynoszącą 3,25 % w skali roku;
19) Ubezpieczony – osobę fizyczną, której życie i zdrowie są
przedmiotem ubezpieczenia oraz której życie i zdrowie
było przedmiotem ubezpieczenia grupowego umowy
ubezpieczenia;
20) Współmałżonek – Ubezpieczonego;
21) Upowszechnią – osoby wyznaczona przez Ubezpieczonego,
której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu
Ubezpieczonego;
22) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego – urodzenie się
dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest
wymieniony jako rodzic tego dziecka;
23) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego –
urodzenie się martwego dziecka, w akcie urodzenia
którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego
dziecka;
24) współmałżonka – osoba, z którą Ubezpieczony w dniu
zajścia znalezienia obywatel obywateli, na podstawie indywidualnej umowy
ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
25) Współubezpieczony – obywatela wymienionego
na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia
czlonka rodziny Ubezpieczonego;
26) wywóz – gwałtowe i przypadkowe zdarzenie
wywołujące przyczynę zewnętrzną o charakterze losowym
niezależnej od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
które było bezpośrednim i wyłącznym przyczyną zgonu
lub częściowego inwalidzkości Ubezpieczonego i nastąpiło
w okresie ograniczonego tymczasem i wynikacych
odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu
do Ubezpieczonego.
27) wypadek komunikacyjny – wypadek w ruchu lądowym,
powietrzem lub wodnym, którego Ubezpieczony uległ:
a) jako kierujący pojazdem silnikowym w rozumieniu
ustawy Prawo o ruchu drogowym, motoryzowaniem;
b) jako posiadacza lub odczywacza wypadek
zaczynany na podstawie przysięgłych świadectw;
28) Dyrekcja Generalna – podstawowa jednostka
organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania
organizowania i nadzorowania realizacji zadań
Towarzystwa; adres Dyrekcji Generalnej jest adres
Siedziby Towarzystwa wskazany na polisie.
§ 2
Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa
1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub życie Współubezpieczonych.
2. Odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia są objęte te zdarzenia ubezpieczalne, w zakresie których Ubezpieczony jest obywatel odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
3. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.
4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest określany w polskie potwierdzającym zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych nie obejmuje sytuacji, w których zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczalnej;
   2) działań wojennych, stanu wojennego;
   3) czynnego i niezgodnego z prawnem udziału Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych w aktach przemocy, rozruchach i zamieszek.
6. Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu następstw wypadków, jeżeli wypadek nastąpił bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
   1) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
   2) zaburzeń umysłowych lub świadomości, chyba że były one następstwem wypadku;
   3) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, chyba że były one następstwem wypadku;
   4) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
   5) popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U nr 86, poz. 553 z późn. zm.);
   6) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
   7) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm,-balonarstwo, lotnictwo, huczenie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochronarstwo, spadość wodną, sporty motorowe, sztucznik, wykonywanie samochodowej i motocyklowej;
   8) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju zażądanej próby i testowych;
   9) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego oraz elektromagnetycznego w zakresie określonym dla człowieka, z wyłączeniem zastosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 3, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo będą stanowić załączniki do wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

5. Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach ubezpieczeniowych [Dz.U. nr 91, poz. 408 z późn. zm.], które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

6. Z wnioskiem o przekazanie informacji, o których mowa w ust. 5, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

7. Podmioty, o których mowa w ust. 5, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia – Towarzystwo, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.

8. Towarzystwo może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń udostępniać temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonemu lub osobie, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonemu do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.


10. Indywidualną umowę ubezpieczenia może zawrzeć Ubezpieczony, z uwzględnieniem pominiętych warunków:
   1) Ubezpieczony był obiekt ochrona ubezpieczeniowa w ramach grupowej umowy ubezpieczenia przez okres co najmniej 12 miesięcy;
   2) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego wynosił z jednego z następujących powodów:
      a) ustanie stosunku pracy,
      b) ukończenie przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
      c) rozwiązanie grupowej umowy ubezpieczenia z powodu likwidacji zakładu pracy lub innego podmiotu będącego Ubezpieczającym w grupowej umowie ubezpieczenia;
   3) zostały opłacone na rzecz Ubezpieczonego wskazane składki należne z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia;
   4) wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia został dostarczony w terminie określonym w ust. 11 lub ust. 12.

11. Wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia powinien być dostarczony w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.

12. Towarzystwo może zaakceptować wniosek złożony w terminie 3 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 2.

§ 4 Zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wystąpić na piśmie z wnioskiem o dokonanie zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą roczną polisy.

2. Zmiana w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest dokonywana za zgodą Towarzystwa i nie może dotyczyć zakresu ubezpieczenia.

3. W razie podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo może zaakceptować nową sumę ubezpieczenia, pod warunkiem zastosowania 6-miesięcznego okresu karencji. Karencja odtworzy się do wszystkich zdarzeń objętych ubezpieczeniową w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia.

4. W razie zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej karencji od dnia zmiany indywidualnej umowy ubezpieczenia poprzez podwyższenie sumy ubezpieczenia – Towarzystwo wypłaci świadczenie, uwzględniając sumę ubezpieczenia obowiązującą przed datum złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń będących następstwem wypadku.

§ 5 Suma ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony indywidualnej umowy ubezpieczenia przy zawieraniu indywidualnej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia, obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień ust. 3.

2. Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia była wyrażona jako kwota zarobków, to suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia dla danego Ubezpieczającego w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, przy zachowaniu postanowień ust. 3.

3. Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia jest wyższa od maksymalnej sumy ubezpieczenia wskazanej w załączniku do niniejszych ustaw, to suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia ustala się w wysokości maksymalnej sumy ubezpieczenia.

§ 6 Składka

1. Z tytułu zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacić składkę w wysokości i z częstotliwością wskazaną w indywidualnej umowie ubezpieczenia.
2. Składka jest płatna nie później niż pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Pierwsza składka z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uzyskana przy zawarciu umowy przedstawiciela Towarzystwa.

3. Częstotliwość opłacania składek może być kwartalna, półroczna lub roczna.

4. Przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3, składka będzie ustalana na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zaakceptowania wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.

5. Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, kiedy wypłyną ona na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy, w wysokości wynikającej z indywidualnej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że pierwszą składkę uważa się za zapłaconą z chwilą otrzymania jej przez przedstawiciela Towarzystwa.

6. Składki opłacone za okres, w którym Towarzystwo poniosło odpowiedzialność, nie podlegają zwrotowi.

7. Wysokość pierwszej składki jest równa wysokości składki obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności względem danego Ubezpieczonego z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.

8. W sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 3, wysokość pierwszej składki, o której mowa w ust. 7, ulega obniżeniu proporcjonalnie do obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia do sumy ubezpieczenia.

9. Składka za ubezpieczenie, z wyłączeniem pierwszej składki, jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.

10. Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania indywidualnej umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

11. Jeżeli Ubezpieczający – po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia – doręczy Towarzystwu natychmiast na 30 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie to będzie traktowane jako oświadczenie o niewyrażeniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.

12. Niedrożność Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 11 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:
   1) przedłużenie indywidualnej umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia, oraz na
   2) wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

13. Upływ terminu, o którym mowa w ust. 11, wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o niewyrażeniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.

§ 7
Nieopłacanie składek

2. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa kwoty w wysokości zaległych składek wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

3. W razie niewywiązania odpowiedzialności w trzydzieści dni, w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem powyższego terminu.

4. Z tytułu wystąpienia w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Towarzystwo wpłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 3, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 3, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zasięga w okresie zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

§ 8
Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa
1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń objętych odpowiedzialnością na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w polisie, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym wygasła odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 11.

2. Jeżeli wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 12, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia od strony zdarzenia, do którego Ubezpieczonego doprowadziło się, nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym:
   1) została opłacona składka;
   2) do Towarzystwa wpłynął wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia wynika z następujących do czynu powodów:
   1) częściowego wzniesienia Ubezpieczonego oraz
   2) częściowego wzniesienia indywidualnej umowy ubezpieczenia – pełna ochrona wygasa w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.
5. Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatapianie przez Ubezpieczonego istotnych dla uniknięcia zawału o złowrogich okolicznościach i uwalnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 9
Rozwiązanie indywidualnej umowy ubezpieczenia

1. Indywidualna umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczańca za uplatnioną w danym miesiącu kwotę w wysokości okresu wypowiedzenia, liczoncej od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie w owpowiedzeniu. Wypowiedzenie indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczańca z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.

2. Indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.

3. W razie rozwiązania indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia; przy zwracaniu składki każdy rozpiętość miesiąca traktuje się jako miesiąc pełny.

§ 10
Ubezpieczający może odstąpić od indywidualnej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia.

2. Odpadzenie od indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczańca od obowiązku opłacenia składek za okres udzielonej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

§ 11
Ustalenie i wypłata świadczenia

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.

2. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.

3. Osobom uprawnionym do otrzymywania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego oraz zgonie Ubezpieczonego w następstwie wypadku są Upośledzeni, a w razie braku wskazania – osoby wymienione w § 20 niniejszych o.w.u.

4. Jeżeli suma wskazaną procentową Upośledzonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udział tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczone przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających z wskazania Ubezpieczonego.

5. Świadczenie nie przysługuje osobie, która wymyślnym czynem karalnym sprowadza zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.


7. Dokumentem niezbędnym do uzyskania za prawdopodobne zawiadomienia o zdarzeniu losowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.

8. Otrzymanie pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osoby uprawnione, przez wskazanie wykazu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

9. W oparciu o przesłane dokumenty Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące: 1) potwierdzenia faktu zainteresowania zdarzenia; 2) potwierdzenia zasady zgłoszonych roszczeń; 3) ustalenia wysokości świadczenia; 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia; 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.

10. Towarzystwo ma obowiązek udostępnienia osobom, o których mowa w ust. 8, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

§ 12
Z tytułu częściowego inwalidzta Ubezpieczonego – pełna ochrona Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3.

2. Z tytułu częściowego inwalidzta Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3, o ile oszczędzony stopień inwalidztwa przekracza 5%.

3. Kwota świadczenia z tytułu: 1) częściowego inwalidzta Ubezpieczonego – pełna ochrona, oraz 2) częściowego inwalidzta Ubezpieczonego stanowi 1% sumy ubezpieczenia odniesionej do 1% procentu częściowego inwalidzta Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 2 i ustępów poniższych.

4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ustalenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu częściowego inwalidzta.

5. Towarzystwo określa jako bezpomocną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwającego uszkodzenia na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

6. Bezpośrednia część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.

7. Stopień częściowego inwalidzta powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystw, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.
8. Wstąpienie częściowego inwalidztwa stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:

1) procent częściowego inwalidztwa jest oszczędzany na podstawie tablicy oceny procentowej inwalidztwa obowiązującej w Towarzystwie w dniu orzeczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezwzględnie przesyłana przez Towarzystwo;

2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzeczenia stopnia częściowego inwalidztwa;

3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa, w zakresie zgodności z procedurami orzeczenia.


10. Jeżeli wskutek wypadku utraci lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (przyczynę choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent częściowego inwalidztwa określą się jako różnicę między stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem a stanem po wypadku.

11. Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia częściowego inwalidztwa.

12. Przy ustalaniu procentu częściowego inwalidztwa nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

13. W razie zaniechania przez Ubezpieczającego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powyżej wskazanej – stopień inwalidztwa zostanie ustalony jako dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

14. Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczany jest obowiązany do niezbędnego poddania się do opieki lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu zlokalizowania skutków wypadku poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

15. Naruszenie obowiązów określonych w ust. 13 i 14 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.


17. Ubezpieczony jest obowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną Ubezpieczającym oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:

1) opis wypadku;

18. Jeżeli Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa, a następnie w ciągu sześciu miesięcy od dnia wypłaty nastąpi zgon Ubezpieczonego będący następstwem tego samego wypadku, wówczas Towarzystwo pomniejszy świadczenie wypłacone z tytułu zgonu Ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego wcześniej z tytułu częściowego inwalidztwa.

§ 13
Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego oraz zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

§ 14
1. Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu rodziców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń w całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa wobec danego Ubezpieczonego (zarówno na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia, jak i indywidualnej umowy ubezpieczenia).

§ 15
Z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego lub urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

§ 16
Z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

§ 17
Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

§ 18
1. Świadczenia, o których mowa w §11 – 17, są wypłacane na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona jest zobowiązana dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:

1) w razie zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku:
   a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
   b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
   c) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku (protołók policji, jeżeli było prowadzone postępowanie); i
   2) w razie częściowego inwalidztwa w następstwie wypadku:
a) opis okoliczności wypadku (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
b) protokół BHP — w razie wypadku przy pracy;
3) w razie zgona współmałżonka Ubezpieczonego oraz
zgona współmałżonki Ubezpieczonego w następstwie
wypadku:
a) akt małżeństwa (odpis lub kopia potwierdzona za
zgodność z oryginałem),
b) akt zgona (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność
z oryginałem),
c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgona (karta
statystyczna zgona lub diagnoza lekarska),
d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest
następczem wypadku, (protokół policji, jeżeli było
prowadzone postępowanie),
4) w razie zgona rodzica lub rodzica współmałżonka
Ubezpieczonego:
a) akt małżeństwa Ubezpieczonego (odpis lub kopia
potwierdzona za zgodność z oryginałem) — w razie
zgona rodzica współmałżonka Ubezpieczonego,
b) akt zgona (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność
z oryginałem),
5) w razie zgona dziecka lub urodzenia się martwego
dziecka:
a) akt zgona (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność
z oryginałem) — w razie zgona dziecka,
b) akt urodzenia z odpowiednią adnotacją (odpis lub
kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem)
— w razie urodzenia się martwego dziecka,
c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgona (karta
statystyczna zgona lub diagnoza lekarska),
d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest
następczem wypadku;
6) w razie urodzenia się dziecka:
akt urodzenia (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność
z oryginałem);
7) w razie osierocenia dziecka:
a) akt zgona Ubezpieczonego (odpis lub kopia
potwierdzona za zgodność z oryginałem),
b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgona (karta
statystyczna zgona lub diagnoza lekarska),
c) akt urodzenia dziecka Ubezpieczonego (odpis lub
kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
d) dokument potwierdzający przejęcie opieki prawnej
nad dzieckiem.

2. Wypłata świadczenia z tytułu zgona Ubezpieczonego
w następstwie wypadku komunikacyjnego następuje tylko
w razie zaakceptowania przez Towarzystwo wypłaty
świadczenia z tytułu zgona Ubezpieczonego oraz zgona
Ubezpieczonego w następstwie wypadku, o ile zdarzenie
to jest objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

3. O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową
Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinien
niezwłocznie powiadomić Towarzystwo w trybie wskazanym
w ust. 1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zainteresowania.

4. Jeżeli świadczenie nie przystępuje lub przystępuje w innej
wysoce niż określona w zgłoszonym roszczeniu,
Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobie występującej
z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę
prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę
wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo
doświadczania swoich roszczeń na drodze sądowej.

5. Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na
wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie
następujących dokumentów:
1) aktu zgona (odpis lub kopia poświadczona przez
przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność
z oryginałem);
2) zaświadczenia stwierdzające przyczynę zgona i zajście
zdarzenia;
3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Upoważначенego;
4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego
rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań
Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych
przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji
medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia
rozszerzenia.

6. Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej
w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu
dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

7. 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 należałej staranności wyjaśnienie tych
okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporna część
świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty
zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo jest
zobowiązane uzasadnić swoje stanowisko na piśmie.

§ 19
1. Ubezpieczony może wskazać Upoważnionego (lub
Upoważnionych) jako osobę uprawnioną do otrzymania
świadczenia na wypadek jej zgona zarówno przed
zawarciu indywidualnej umowy ubezpieczenia,
jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania
indywidualnej umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie,
o którym mowa w ust. 1.
3. Wniosek o zmianę Upoważnionego Ubezpieczony składa
Towarzystwu na piśmie.

4. Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy
od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę
Upoważnionego.

5. Jeżeli suma wskazana procentowym Upoważnionych nie jest
równa 100, przyjmuje się, że udziałów tych osób w kwocie
należnego świadczenia są wyznaczone przy zachowaniu
wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania
Ubezpieczonego.

6. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnym
czynem karalnym spowodowała zgon Ubezpieczonego
lub Współubezpieczonego.

§ 20
1. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Upoważnionego albo
gdy żaden Upoważniony w dnie zgona Ubezpieczonego nie żył
lub wszyscy Upoważnieni utracili prawo do świadczenia,
świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według
następującej kolejności:
1) współmałżonkowi;
2) w również częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli
brak jest współmałżonka;
3) w równych częściach rodzićm Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

2. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zatrzymania jego odpowiedzialności Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył lub utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmuje pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

§ 21
Obowiązki Towarzystwa
1. Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia umowy ubezpieczenia:
   1) definicji poszczególnych świadczeń;
   2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
   3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy oraz określania stopy technicznej;
   4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń składu ubezpieczeń.

2. Przed wyrażeniem przez stronę zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przypadających z tytułu zawartej umowy.

3. Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie świadczącą niż raz w roku, o wysokości świadczeń przypadających z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

§ 22
Postanowienia końcowe
1. O zaczątku zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczającego, Ubezpieczony lub osoba uprawniona do odbioru świadczenia powinny niewłocznie, jednak nie później niż 30 dni od dnia jego zaistnienia powiadomić Towarzystwo.

2. Zawiadomienia i świadczenia w związku z indywidualną umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorzem niewłaściwości, składane na piśmie.

3. Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypłaciło swój obowiązek zawiadomienia lub świadczenia, wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 23
1. Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzane do indywidualnej umowy ubezpieczenia – w porozumieniu z Ubezpieczającym – odrębnym aneksem.

2. Kwoty wypłacane w trybie okresowym w § 11 – 17 mogą być pomniejszone przez Towarzystwo o kwoty nie zapłaconej Towarzystwu składek na rzecz danego Ubezpieczonego.

§ 24
1. Roszczenia z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

2. Bięg przedawnienia roszczenia do Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.


§ 25
1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

2. Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającego, Ubezpieczony, Ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

3. Powództwo o roszczeniach wynikające z umów ubezpieczenia można wyczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej sądu właściwego miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie, albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczającego, Ubezpieczonym lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.


Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu
Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 04

§ 1
Następujące zdarzenia są wyłączone z odpowiedzialności Towarzystwa w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia:

1. Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca i udaru mózgu.
2. Inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
4. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu.
5. Leczenie operacyjne Ubezpieczonego.
6. Niedoblność do pracy z powodu choroby zawodowej.
7. Świadczenia opiekuńcze dla Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego.
8. Wystąpienie u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
9. Częściowe inwalidztwo współmałżonka Ubezpieczonego.
12. Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
13. Leczenie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.

§ 2
Indywidualna umowa ubezpieczenia może być zawarta z zachowaniem następujących postanowień:

1. Maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 30 000 zł.
2. Odpowiedzialność z tytułu
   1) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego,
   2) częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochrona
   jest ograniczona maksymalnie do wypłaty 1% sumy ubezpieczenia za 1% częściowego inwalidztwa, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 200% sumy ubezpieczenia (200% sumy ubezpieczenia należy rozumieć jako sumę 100% z zakresu podstawowego – zgon Ubezpieczonego oraz 100% z tytułu zgonu Ubezpieczonego powstającego w następstwie nieszczęśliwego wypadku).
Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GŻ KR 02)

§1 Postanowienia ogólne

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (zwane dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczeniowych funduszu kapitałowego na życie (zwanych dalej o.w.u.).

2. Użytkownik w niniejszych Warunkach określonym na dalej znaczeniu przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:
   1) całkowity wykup ubezpieczenia - wypłaty całości środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
   2) cena kupna jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacone składki inwestycyjne na jednostki uczestnictwa;
   3) cena sprzedaży jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa, po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zwiedzające na rachunkach przy dokonaniu wykupu, wypłat z funduszu oraz przeniesienia środków pomiędzy funduszami;
   4) częściowy wykup ubezpieczenia - wypłata części środków zgromadzonych w funduszach na rachunku BK Ubezpieczonego;
   5) dodatkowa umowa ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie niniejszych Warunków;
   6) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (zwany dalej funduszem) - wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa tworzącą ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia;
   7) jednostki uczestnictwa - części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz;
   8) przeniesienie środków - umorzenie środków jednego z funduszy i przeniesienie ich do innego według wskazania Trenera Ubezpieczeniowego, przy czym przeniesienie środków odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa;
   9) rachunek BK - rachunek, na którym są evidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowej ubezpieczenia, jeżeli pracodawca nie wyrazi zgody na transfer tych środków na rachunek BK;
  10) rachunek BK - rachunek, na którym są evidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu:
      a) nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach za składki inwestycyjne wpłacone przez Ubezpieczającego;
      b) pochodzące z transferu środków z rachunku B prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowej ubezpieczenia;
      c) pochodzące z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowej ubezpieczenia, jeżeli pracodawca wyrazi zgodę na transfer;
  11) składka inwestycyjna - składkę płacącą przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w formie:

   a) regularnej składki inwestycyjnej - opłacanej w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
   b) dorocznej składki inwestycyjnej - opłacanej z dowolną częstotliwością i w dowolnej wysokości powyżej minimalnej składki dorocznej określonej w taryfie kosztów;
   c) składki jednorazowej - składkę należną z tytułu umowy ubezpieczenia przy zamianie umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego;
   d) składki ochronną - składkę płacaną przez Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
   e) umowy ubezpieczenia - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
   f) koszt prowadzenia rachunku - opłatę w wysokości wskazanej w taryfie kosztów potrąconą miesięcznie z rachunków jednostek.

§2 Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli łączna suma środków zgromadzonych na rachunkach Ubezpieczonego w ramach umowy grupowej ubezpieczenia - w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego - jest równa co najmniej limitowi określonym przez Towarzystwo w taryfie kosztów.

2. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialności Towarzystwa jest objęta dość przez Ubezpieczającego do dnia zakończenia od osiągnięcia w wieku osiemdziesiąt lat przez Ubezpieczonego.

4. W przypadku zakończenia umowy ubezpieczenia w ostatnim dniu ewentualnie w związku z zakończeniem umowy ubezpieczenia w dniu zakończenia lub podatku ubezpieczenia, a także w przypadku wypłaty kwoty w wysokości wydatków całkowitego wykupu ubezpieczenia.
§4 Składka
1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać regularną składkę inwestycyjną w wysokości nie niższej niż 25 zł miesięcznie.
2. Ubezpieczający ma prawo do opłacania składki inwestycyjnej w wysokości wyższej niż określona w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Regularna składka inwestycyjna powiększa składkę ochronną płaconą na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Regularna składka inwestycyjna jest płacona przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może w każdej chwili opłacać doraźną składkę inwestycyjną w wysokości równej co najmniej minimalnej składce doraźnej określonej w taryfie kosztów.

§5 Fundusze
1. Fundusze są tworzone:
   1) ze składek inwestycyjnych;
   2) ze środków przeszedłych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 6;
   3) ze środków transferowanych z rachunku prowadzonego w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu tej umowy wygasła.
2. Ubezpieczający może wskazać więcej niż jeden sposób funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w których lokowane będą składki inwestycyjne wpłacone przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający może wskazać w szczególności fundusz gwarantowany, zrównoważony lub dynamiczny.
3. Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczających:
   1) rachunek AK – pod warunkiem że nastąpił transfer środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia do rachunku AK;
   2) rachunek BK.
4. Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jest określona w taryfie kosztów.
5. Towarzystwo powiadamia Ubezpieczonego o aktualnych wartościach jednostek uczestnictwa każdego z funduszy oraz o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek uczestnictwa każdego funduszu na jego pisemny wniosek.

§6 Nabywanie jednostek uczestnictwa funduszy
2. Jednostki uczestnictwa każdego funduszu są nabywane według cen, kupna jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych na wpłatę składki inwestycyjnej na właściwy rachunek Ubezpieczającego, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 4 – Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek nie później niż 5 dni roboczych od dnia, w którym na rachunku Towarzystwa zostały zaokrąglone środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli warunki wymienione w ust. 2 zostały spełnione wcześniej niż 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwym rachunku w dniu, w którym wpłaca termin płatności składki.
4. Składki inwestycyjne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego, przy czym suma procentowych wskazan w jednym funduszu nie może wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybrany przez Towarzystwo fundusz.
5. W przypadku gdy suma procentowych wskazan w różnych funduszach nie jest równa 100, składka inwestycyjna jest lokowana w różnych funduszach, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczający może w dowolnym terminie:
   1) zmienić podział procentowy każdej następczej składki inwestycyjnej przeznaczonej na nabycie jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach;
   2) przeznaczyć środki pomiędzy funduszami.
   W obu przypadkach pierwsza ta operacja zmieni lub przesunięcia w danym roku polisy, rozumianym jako 12 miesięcy od daty rocznicy polisy, jest wolna od opłat. Za każdą następną operację w danym roku polisy, jest pobierana opłata określona w taryfie kosztów. Operacje pozysujące dotyczą tylko rachunku BK.
7. Operacje wymienione w ust. 5 są dokonywane na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i następują:
   1) w razie zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 1, w stosunku do każdej następczej składki inwestycyjnej, za którą są nabyte środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
   2) w razie przekazania środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 5 pkt 2, najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.

§7 Transfer środków
1. Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uzależnione od transferu środków zgromadzonych na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na rachunki prowadzone na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia.
2. Transfer środków jest dokonywany na następujących zasadach:
   1) środki gromadzone na rachunku A prowadzonym na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia są transferowane na:
   a) rachunek BK, jeżeli pracodawca będący ubezpieczającym w umowie grupowego ubezpieczenia wyrazi zgodę
   w wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia,
3. Transfer środków polega na przeniesieniu środków z rachunku, z którego dokonywany jest transfer, na rachunek docelowy – bez dokonywania sprzedaży oraz zakupu jednostek uczestnictwa.

4. W razie transferu środków na rachunek AK środki zgromadzone na tym rachunku pozostają zablokowane do czasu upływu okresu wskazanego przez Towarzystwo w umowie ubezpieczenia. Okres zablokowania środków jest uzależniony od postanowień umowy grupowego ubezpieczenia. Po okresie zablokowania środków następuje ich transfer na rachunek BK Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 3.

§ 8

Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wynosi w dniu:
   1) zgonu Ubezpieczonego;
   2) w którym wartość środków zgromadzonych na rachunkach AK i BK Ubezpieczonego zrównana się z wysokością kosztów pobieranych przez Towarzystwo, określonych w taryfie kosztów;
   3) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
   4) zakończenia okresu ubezpieczenia bezskładkowego, jeżeli ubezpieczenie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.

§ 9

Ubezpieczenie bezskładkowe

1. Ubezpieczenie bezskładkowe polega na objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową do okresu wskazanego przez Towarzystwo, nie dłużej jednak niż do 70. roku życia, przy czym Ubezpieczający jest zobowiązany do złożenia w dobę składek.

2. Z tytułu ubezpieczenia bezskładkowego zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest ograniczony do dwóch zdarzeń:
   1) zgonu Ubezpieczonego;
   2) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

3. Umowa ubezpieczenia jest przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, w następujących przypadkach:
   1) na wniosek Ubezpieczonego – z dniem wskazanym we wniosku, nie wcześniej jednak niż w dniu doręczenia tego wniosku do Towarzystwa;
   2) jeżeli po okresie zwłaszcza odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek ochronnych odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u. (ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie) – z dniem zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa.

4. Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest dokonywane wyłącznie wtedy, gdy środki zgromadzone na rachunku BK wystarczają na pokrycie składki jednorazowej ustalonej przez Towarzystwo, której wysokość zależy w szczególności od wieku, płci i sumy ubezpieczenia.

5. Jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u., a środki zgromadzone na rachunku BK nie wystarczają na opłacenie składki jednorazowej, Towarzystwo jest zobowiązane z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zjazda przed okresem zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

6. Składka jednorazowa jest pobierana ze środków zgromadzonych na rachunku BK, jeżeli po pobraniu środków należnych z tytułu składki jednorazowej na rachunku pozostaną środki – środki te mogą być wykupione na wniosek Ubezpieczającego.

7. W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwo wypłaci świadczenie równego:
   1) sumie ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego;
   2) dwukrotności sumy ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

8. O przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo poinformuje Ubezpieczonego na piśmie, określając okres trwania ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności, oraz przedstawiając informacje o środkach pozostałych na rachunkach Ubezpieczonego, podlegających wykupowi na wniosek Ubezpieczonego.

9. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

§ 10

Wykup ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych w poniżej.

2. Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia jest składany Towarzystwu przez Ubezpieczającego na piśmie.

3. Całkowity wykup ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego może być dokonany tylko wówczas, gdy nie jest prowadzony rachunek AK.

4. Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wyplacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku.

5. Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wyplacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku BK, Ubezpieczający powinien na piśmie wskazać, jaką kwotę środków l z których funduszy ma podlegać wykupowi. Częściowy wykup ubezpieczenia może być dokonany, jeżeli ubezpieczenie nie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.
6. Zarówno w razie całkowitego, jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swoją wartością kwotie dokonywanego wykupu jest odsłóżona z rachunku.

7. Kwota należąca z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.

8. Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) jest ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.

9. Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo w taryfie kosztów.

10. Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty składek inwestycyjnych, za które nie zostały jeszcze zapłacone jednostki uczestnictwa. Wysokość składek związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania są określone na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.

11. Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłacą kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia bez potrącenia kosztów wykupu w następujących przypadkach:

1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia – na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia;
2) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia – w terminie 30 dni od daty płatna informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że nie jest prowadzony rachunek AK;
3) transferu środków, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 3 Warunków – na wniosek Ubezpieczającego.

12. Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.
Załącniczka do umowy ubezpieczenia na życie związanej z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

§ 1

Postanowienia ogólne

1. Niniejszy regulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. w ramach ubezpieczenia na życie, zgodnie z ustawą z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej.

2. Towarzystwo tworzy następujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:
   a) Fundusz Gwarantowany,
   b) Fundusz Obligacji,
   c) Fundusz Złomowanażowy,
   d) Fundusz Dynamiczny.

3. Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:
   a) Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.,
   b) Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa tworzona ze składu opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia,
   c) Wartość Aktywów Netto (WAN) – wartość wszystkich aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania,
   d) Spółka Zarządzająca – Towarzystwo lub spółka, która ma na mocy porozumienia z Towarzystwem ma prawo do zarządzania Aktywami Netto Funduszu,
   e) Dzień Wyceny – dzień, w którym zostaje ustalona Wartość Netto Aktywów Funduszu,
   f) Jednostki Uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz,
   g) Uczestnik Funduszu – podmiot, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składu umowy ubezpieczeniowej zawartej z Towarzystwem,
   h) Cena Jednostki Uczestnictwa – Wartość Aktywów Netto przypadająca na jednostkę Uczestnictwa,
   i) Rachunek jednostek – rachunek Uczestnika Funduszu, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa,
   j) Depozytariusz – bank, w którym zostały zdeponowane aktywa Funduszu,
   k) Ustawa – ustała z dnia 28 lipca 1990 r. o działalności ubezpieczeniowej.

§ 2

Polityka Inwestycyjna Funduszu


2. Cel inwestycyjny Funduszu jest realizowany poprzez odpowiednie inwestowanie środków pochodzących z ubezpieczeń prowadzonych przez Towarzystwo.

3. Dochody osiągnięte w wyniku dokonywanych inwestycji aktywów Funduszu, w tym odsetki oraz dysydenty, powiększają wartość Funduszu jak również zwiększają odpowiednio wartość Jednostek Uczestnictwa.

§ 3

Kategorie lokat

1. Aktywa Funduszu mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:
   a) obligacje, bory i inne papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa oraz Narodowy Bank Polski, a także w pożyczki i kredyty udzielone tym podmiotom,
   b) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, opiewające na świadczenia pieniężne, gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa oraz Narodowy Bank Polski, a także w depozyty, kredyty i pożyczki gwarantowane lub poręczane przez te podmioty,
   c) depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe,
   d) akcje spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym,
   e) akcje spółek notowane na regulowanym rynku pozapozarobnym lub spółek nie notowanych na regulowanym rynku giełdowym i na regulowanym rynku pozapozarobnym, lecz dopuszczonych do publicznego obrotu,
   f) akcje narodowych funduszy inwestycyjnych,
   g) certyfikaty inwestycyjne emitowane przez fundusze inwestycyjne zamknięte lub fundusze inwestycyjne mieszane,
   h) jednostki uczestnictwa zbywane przez fundusze inwestycyjne otwarte i specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte,
   i) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawy, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
   j) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawy, które nie są dopuszczone do publicznego obrotu,
   k) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawy, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
   l) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto Warszawy, które nie zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
   m) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez spółki publiczne, inne niż papiery wartościowe, o których mowa w podpunktach k) i l),
   n) listy zastawne,
   o) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile takowe służą zmniejszeniu ryzyka związana z aktywami funduszu,
   p) inne lokaty, które w drodze rozporządzania może określić Rada Ministrów.

§ 4

Ograniczenia inwestycyjne

1. Fundusz Gwarantowany
   a) aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe o których mowa w § 3 z wyłączeniem ust. 1 pkt. d), e) i f);
   b) aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe o których mowa w § 3 ust. 1 pkt. g), h), jeśli statut funduszu opisany w pkt. g), h) nie dopuszcza lokat w instrumenty wymienione w pkt. d), e) i f);
c) ryzyko obniżenia wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu Gwarantowanego w okresie pełnego roku kalendarzowego jest w całości ponoszone przez Towarzystwo;
d) pełen rok kalendarzowy jest rozumiany jako okres pomiędzy dniami 31 grudnia kolejno po sobie następujących lat kalendarzowych;
e) w razie spadku wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu Gwarantowanego w okresie pełnego roku kalendarzowego Towarzystwo zobowiązuje się wyrównać Uczestnikom Funduszu powstającą różnicę.

2.

Fundusz Obligacji
a) aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 z wyłączeniem ust.1 pkt. d), e), f),
b) aktywa Funduszu Obligacji mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3 ust.1 pkt g), h), jeśli statut funduszy opisanych w pkt. g), h) nie dopuszcza lokat w instrumenty wymienione w pkt. d), e), f).

3.

Fundusz Zrównoważony
a) aktywa Funduszu Zrównoważonego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3,
b) instrumenty finansowe o których mowa w § 3 ust.1 pkt g), h), mogą stanowić do 60% aktywów Funduszu zrównoważonego.

4.

Fundusz Dynamiczny
a) aktywa Funduszu Dynamicznego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3,
b) instrumenty finansowe o których mowa w § 3 ust.1 pkt d), e), f), mogą stanowić do 100% aktywów Funduszu Dynamicznego.

5.

Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:
a) członkiem Zarządu lub Rady Nadzorczej Towarzystwa,
b) osobom zatrudnionym w Towarzystwie,
c) osobom pozostającym z osobami wymienionymi w podpunktach a) i b) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa,

6.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregokolwiek podmiotu wymienionego w punktach 3a)–3c).

§ 5

Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena Jednostki Uczestnictwa

1.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu jest ustalana w Dniu Wyceny, tj. każdego dnia roboczego z wyjątkiem sobót, z dokładnością do jednego grosza.

2.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wyceniana się według wartości rynkowej z dnia poprzedzającego Dzień Wyceny, z zachowaniem zasady ostrożnej wyceny.

3.

Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się, ośmiomający od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz,

4.

Cena Jednostki Uczestnictwa ustala się, dzieląc wartość Aktywów Netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach w Dniu Wyceny ilość Jednostek Uczestnictwa, z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

5.

Do ustalenia Wartości Aktywów Netto jest zobowiązane Towarzystwo.

6.

Wartość Aktywów Netto Funduszu i Cena Jednostki Uczestnictwa ustalone w Dniu Wyceny utrzymują się na stałym poziomie aż do następnego Dnia Wyceny,

7.

Towarzystwo informuje Uczestników Funduszu o Cena Jednostki Uczestnictwa w terminach wynikających z umów ubezpieczenia.

§ 6

Koszty obciążające Fundusz

1.

Działalność Funduszu finansowana jest bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Towarzystwa zgłoszone z postanowieniami Ustawy oraz umowami z Uczestnikami Funduszu.

2.

Bezpośrednio z aktywów Funduszu finansowane są:
a) koszty związane z realizacją transakcji nabycia i sprzedawania aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których posredniczka Fundusz jest zobowiązana korzystać na mocy odrębnych przepisów,
b) koszty związane z prewencyjnymi aktywów Funduszu, stanowiące równowartość wynagrodzenia Depozytariusza,
c) koszty zarządzania Funduszem przez Towarzystwo odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Towarzystwo.

3.

Wysokość wynagrodzenia pobieranego przez Towarzystwo za zarządzanie Funduszem wynosi 2% w skali roku.

4.

Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu pokrywane są przez Towarzystwo.

§ 7

Postanowienia końcowe

Zmiana niniejszego Regulaminu może nastąpić wyłącznie w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa.

Niniejszy regulamin został przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 50/2003 z dnia 13.11.2003 r.

Paweł Dangel
Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Andrzej Burza
Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

17
Niniejsza taryfa kosztów ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 02)

1. Limit środków zgromadzonych na rachunku, od którego umowa dodatkowa z rachunkiem inwestycyjnym może być kontynuowana, wynosi 1000 złotych.

2. Minimalna wysokość doraźnej składki inwestycyjnej wynosi 100 złotych.

3. Cena kupna jednostki uczestnictwa każdego funduszu nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki tego funduszu o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki.

4. Oplata za zarządzanie aktywami wynosi do 2% w skali roku od wartości aktywów i jest naliczana przy każdej wycenie jednostki.

5. Koszty prowadzenia rachunków wynoszą 1 zł miesięcznie za rachunek BK Ubezpieczeniowego, potrącone w jednostkach uczestnictwa wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony w równych częściach. Prowadzenie rachunku AK jest bezpłatne.

6. Koszty częściowego oraz całkowitego wykupu ubezpieczenia wynoszą:
   - w pierwszym roku 5% wypłaconej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
   - w drugim roku 4% wypłaconej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
   - w trzecim roku 3% wypłaconej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
   - w czwartym roku 2% wypłaconej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
   - w piątym roku 1% wypłaconej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
   - w szóstym roku i latach następnych brak kosztów.

7. Zmiana podziału składki pomiędzy fundusze oraz przeniesienie środków pomiędzy funduszami są operacjami bezpłatnymi raz w ciągu każdych 12 miesięcy, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Każda następna operacja w wyżej wymienionym okresie jest obciążona opłatą 15 złotych, potrącąną w jednostkach uczestnictwa z wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony.

8. Towarzystwo zastrzega, że wszystkie koszty wyrażone jako kwoty w złotych mogą być indeksowane raz w roku kalendarzowym indeksem ustalonym przez Towarzystwo, nie wyższym niż aktualny roczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług, publikowany przez GUS.


Pawel Dangel
Prezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu