

**OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA
ŻYCIE Z FUNDUSZEM INWESTYCYJNYM**

Horyzont +

GF 01

Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna
Al. Jana Pawła II 15
00-828 Warszawa
tel. 697 69 00, fax 697 69 70

Artykuł 1 **Postanowienia ogólne**

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia, zwane dalej o.w.u., stosuje się do umów Grupowego Ubezpieczenia na życie z Funduszem Inwestycyjnym, zwanych dalej Umowami, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna

2.

Użyte w niniejszych o.w.u. określenia oznaczają:

- a) Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;
- b) Ubezpieczający - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca Ubezpieczonych. Dla potrzeb niniejszych o.w.u. na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami obejmowanymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego zdaniem Towarzystwa możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych o.w.u.;
- c) Ubezpieczony - osoba fizyczna, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
- d) Uposażony - osoba wyznaczona imiennie przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- e) okres ubezpieczenia - czas w pełnych latach liczony od dnia wystawienia polisy, nie krótszy niż 5 lat, przy czym suma wieku Ubezpieczonego i okresu ubezpieczenia. - nie może przekroczyć liczby 65. Dla umowy zawartej w Wersji I - czas w pełnych latach liczony od dnia wystawienia polisy, nie krótszy niż 6 lat, przy czym suma wieku Ubezpieczonego i okresu ubezpieczenia nie może przekroczyć liczby 65;
- f) Rocznicą Polisy – każda rocznica daty wystawienia polisy;
- g) Fundusz - część aktywów Towarzystwa tworzona ze składek opłacanych w ramach umów;
- h) Jednostki Uczestnictwa - części o równej wartości, na które podzielony został Fundusz;
- i) Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa - rachunek prowadzony odrębnie dla każdego Ubezpieczonego, na którym ewidencjonowane są Jednostki Uczestnictwa;
- j) Gwarantowana Suma Ubezpieczenia - kwota wynikająca z Deklaracji przystąpienia, potwierdzona w polisie;
- k) Wartość Wykupu Ubezpieczenia - kwota określona w art. 11 ust. 2 o.w.u., wypłacana przez Towarzystwo, na warunkach przewidzianych w niniejszych o.w.u.;
- l) Inwalidztwo - takie naruszenie sprawności organizmu Ubezpieczonego, które powoduje utratę zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz niezdolność do samodzielnej egzystencji;
- m) Nieszczęśliwy Wypadek - zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, w następstwie którego Ubezpieczony doznał fizycznych obrażeń ciała powodujących jego zgon.

Artykuł 2 **Przedmiot ubezpieczenia**

1.

- 1) Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie Ubezpieczonego.
- 2) Ubezpieczeniem objęte są następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) dożycie przez Ubezpieczonego końca Okresu Ubezpieczenia,
 - b) zgon Ubezpieczonego,
 - c) Inwalidztwo Ubezpieczonego.

Artykuł 3 **Warunki zawarcia Umowy**

1.

- 1) Ubezpieczający może zawrzeć jedną Umowę z Towarzystwem
- 2) Dopuszcza się możliwość zawarcia więcej niż jednej Umowy, za zgodą Towarzystwa.

2.

- 1) Umowa zawierana jest na podstawie Wniosku, na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez Ubezpieczającego i doręczonego do Towarzystwa.
- 2) Do Wniosku, o którym mowa w pkt 1, Ubezpieczający dołącza:
 - a) Deklarację Przystąpienia każdej z osób, zgłaszanych do ubezpieczenia zawierającą między innymi oświadczenie o stanie zdrowia tej osoby,
 - b) wykaz osób obejmowanych ubezpieczeniem, wraz z podaniem dla każdej z tych osób wysokości składki regularnej,
 - c) potwierdzenie wpłaty pierwszej składki regularnej na konto Towarzystwa podpisane przez głównego księgowego.

3.

- 1) Umowa zawierana jest w trybie, o którym mowa w ust. 2, jeżeli Ubezpieczający, który zatrudnia:
 - a) od 3 do 20 pracowników zgłosi do ubezpieczenia 100 % pracowników spełniających wymogi określone w ust. 4 pkt 1,
 - b) od 21 do 100 pracowników zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 75% pracowników spełniających wymogi określone w ust. 4 pkt 1, ale nie mniej niż 21 osób,
 - c) powyżej 100 pracowników zgłosi do ubezpieczenia przynajmniej 50% pracowników spełniających wymogi określone w ust. 4 pkt 1, ale nie mniej niż 75 osób.
- 2) W przypadku, gdy Ubezpieczający określi dodatkowe kryteria, które muszą spełniać zatrudnieni obejmowani ubezpieczeniem, limity, o których mowa w pkt 1, stosuje się do grupy osób spełniających te kryteria.
- 3) Jeżeli liczba osób zgłaszanych do ubezpieczenia nie będzie spełniała wymogów, o których mowa w pkt 1, to do dokumentów, o których mowa w ust. 2 pkt 2 Ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć Kwestionariusze Medyczne wypełnione i podpisane przez każdą z osób przystępujących do ubezpieczenia, dołączone do właściwej Deklaracji Przystąpienia.

4.

- 1) Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania Deklaracji Przystąpienia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat. W przypadku zawierania Umowy w Wersji 1, ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu następnym po dniu podpisania Deklaracji Przystąpienia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 59 lat.
- 2) Wiek, o którym mowa w pkt 1, ustala się jako liczbę pełnych lat wynikającą z różnicy pomiędzy dniem następnym po dniu podpisania Deklaracji Przystąpienia i datą urodzenia

- osoby obejmowanej ubezpieczeniem.
- 3) Osoba, która w czasie podpisywania Wniosku o zawarcie Umowy przebywała na zwolnieniu lekarskim może być zgłoszona do Ubezpieczenia po upływie jednego miesiąca od podjęcia pracy po zwolnieniu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania dodatkowej dokumentacji medycznej dotyczącej jej stanu zdrowia.

5.

- 1) Okres Ubezpieczenia trwa zawsze pełną liczbę lat. Liczbę lat trwania Okresu Ubezpieczenia określa Ubezpieczający (w Wersji 1) lub Ubezpieczony (w Wersji 2).
- 2) Okres Ubezpieczenia trwa co najmniej 6 lat w przypadku Umów zawartych w Wersji I, a 5 lat dla Umów zawartych w Wersji 2.
- 3) Wiek Ubezpieczonego w dacie końca Okresu Ubezpieczenia nie może przekraczać 65 lat.

6.

- 1) Umowę uważa się za zawartą od dnia następnego po dacie zaakceptowania przez Towarzystwo kompletnie wypełnionego Wniosku o zawarcie Umowy.
- 2) Dokumentem potwierdzającym zawarcie Umowy jest polisa grupowa wystawiona przez Towarzystwo i doręczona Ubezpieczającemu.
- 3) Umowę zawiera się na czas nieokreślony.

Artykuł 4

Przystąpienie do ubezpieczenia nowych osób w trakcie trwania Umowy

1.

- 1) W trakcie trwania Umowy, ochroną ubezpieczeniową, na warunkach określonych w niniejszych o.w.u. , mogą być objęte osoby wcześniej nie ubezpieczone lub zatrudnione przez Ubezpieczającego po zawarciu Umowy.
- 2) Objęcie ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w pkt 1 następuje na podstawie Wniosku Ubezpieczającego, złożonego na formularzu Towarzystwa w trybie postanowień art. 3 ust. 2 pkt 2.

Artykuł 5

Wystąpienie z ubezpieczenia

1.

- 1) W przypadku zawarcia Umowy w Wersji II, w razie ustania stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym, Ubezpieczony ma prawo kontynuowania ubezpieczenia, jako Ubezpieczający, na warunkach, jakie obowiązywały w dniu ustania zatrudnienia.
- 2) Kontynuowanie ubezpieczenia na zasadach określonych w pkt 1 następuje na wniosek Ubezpieczonego doręczony Towarzystwu w terminie 30 dni od daty, o której mowa w pkt 1.
- 3) W przypadku niedoręczenia Towarzystwu wniosku o kontynuowanie w terminie określonym w pkt 2, odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa z dniem upływu tego terminu, a Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu wartość wykupu.
- 4) Towarzystwo potwierdza kontynuowanie ubezpieczenia na zasadach określonych w pkt 1 pisemnym dowodem ubezpieczenia, doręczanym Ubezpieczonemu.

2.

- 1) W przypadku zawarcia Umowy w Wersji 1, w razie ustania stosunku pracy pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczonym, Ubezpieczony ma prawo kontynuowania ubezpieczenia, jako Ubezpieczający, na zasadach, jakie obowiązywały w dniu ustania zatrudnienia wyłącznie za zgodą Ubezpieczającego.
- 2) W przypadku wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na kontynuowanie ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, postanowienia ust. 1 pkt 2 - 4 stosują się odpowiednio, z zastrzeżeniem, że do wniosku o kontynuowanie ubezpieczenia powinna być dołączona pisemna zgoda Ubezpieczającego, o której mowa w pkt 1.
- 3) W razie nie wyrażenia przez Ubezpieczającego zgody na kontynuowanie ubezpieczenia przez Ubezpieczonego, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z upływem terminu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2.
Jednostki Uczestnictwa znajdujące się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa powiększają liczbę Jednostek Uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnych Rachunkach Jednostek Uczestnictwa pozostałych Ubezpieczonych objętych Umową, zgodnie z Wnioskiem Ubezpieczającego.

Artykuł 6 **Odpowiedzialność Towarzystwa**

1.

- 1) Towarzystwo udzieli ochrony ubezpieczeniowej w razie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego. Dokumentem potwierdzającym udzielenie ochrony ubezpieczeniowej jest polisa wystawiona przez Towarzystwo i doręczona Ubezpieczającemu.
- 2) Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa wobec każdego Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy dla tego Ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż od dnia zapłacenia na jego rzecz składki regularnej i trwa, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, do końca Okresu Ubezpieczenia.
- 3) Towarzystwo może uzależnić akceptację ryzyka od wyniku badania lekarskiego dotyczącego stanu zdrowia Ubezpieczonego. W takim przypadku ryzyko może zostać zaakceptowane po złożeniu przez Ubezpieczającego dokumentacji medycznej, a w szczególności wyników badań lekarskich i laboratoryjnych dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego. Towarzystwo nie ponosi kosztów tych badań.
- 4) Towarzystwo może uzależnić akceptację ryzyka od złożenia dowodu, że Ubezpieczony spełnia warunki określone w art. 3 ust. 4. W takim przypadku ryzyko może zostać zaakceptowane po złożeniu przez Ubezpieczającego aktu urodzenia Ubezpieczonego.

2.

- 1) W odniesieniu do Ubezpieczonych, zatrudnionych przez Ubezpieczającego po zawarciu umowy ubezpieczenia, którzy przystąpili do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od daty zatrudnienia, odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się z dniem wystawienia polisy, pod warunkiem zapłacenia składki za tych ubezpieczonych.
- 2) W razie przystąpienia do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od daty zatrudnienia odpowiedzialność rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia wystawienia polisy. Odpowiedzialność, w odniesieniu do ryzyka zgonu, który nastąpił na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, rozpoczyna się z dniem wystawienia polisy, pod warunkiem zapłacenia składki.

3.

- 1) W przypadku, gdy Towarzystwo nie zaakceptuje ryzyka wynikającego z Umowy, to poinformuje o tym Ubezpieczającego pisemnie, podając przyczyny odmowy akceptacji ryzyka.
- 2) Jeśli Towarzystwo odmówi akceptacji ryzyka, to zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego składkę.

Odpowiedzialność Towarzystwa wobec każdego Ubezpieczonego wygasa:

- a) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
- b) z dniem orzeczenia Inwalidztwa u Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień, art. 14 ust. 2 pkt 5
- c) z dniem dożycia przez Ubezpieczonego końcowej daty Okresu Ubezpieczenia,
- d) z dniem rozwiązania Umowy
- e) z ostatnim dniem miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa Ubezpieczonego przestanie wystarczać na pokrycie składki przeznaczonej na ryzyko i kosztów administracyjnych
- f) z dniem ukończenia przez Ubezpieczonego 60 lat w odniesieniu do gwarancji wypłaty świadczenia z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego.

Artykuł 7 Gwarantowana Suma Ubezpieczenia

1.

- 1) Ubezpieczający ma do wyboru trzy opcje wysokości Gwarantowanej Sumy Ubezpieczenia ustalane corocznie przez Towarzystwo.
- 2) Wysokość Gwarantowanej Sumy Ubezpieczenia w ramach danej opcji zależy od roku przystąpienia do ubezpieczenia.
- 3) Wysokość Gwarantowanej Sumy Ubezpieczenia jest potwierdzona w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego w polisie.
- 4) Gwarantowana Suma Ubezpieczenia nie ulega zmianie w czasie trwania Okresu Ubezpieczenia.

Artykuł 8 Składki

1.

- 1) Z tytułu Umowy zawartej na podstawie niniejszych o.w.u., Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej za każdego Ubezpieczonego.
- 2) Wysokość składki regularnej płaconej przez Ubezpieczającego na rzecz każdego z Ubezpieczonych może być różna, jednak nie niższa od składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo i obowiązującej w roku kalendarzowym początku Okresu Ubezpieczenia.

2.

- 1) Umowa może być zawarta w Wersji I - na koszt Ubezpieczającego, lub w Wersji II na koszt Ubezpieczonych.
- 2) Wyboru wersji Umowy Ubezpieczający dokonuje przy składaniu Wniosku, o którym mowa w art. 3 ust. 2.
- 3) Z zastrzeżeniem wyjątków przewidzianych w niniejszych o.w.u., postanowienia niniejszych o.w.u. stosuje się do Umowy zawartej w Wersji I i do Umowy zawartej w

Wersji II.

3.

- 1) Składka regularna, w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego, jest płatna z góry, przez cały okres trwania Okresu Ubezpieczenia, najpóźniej pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Pierwsza składka regularna powinna być zapłacona przez Ubezpieczającego najpóźniej z dniem złożenia Wniosku, o którym mowa w art. 3 ust. 2 pkt 1 i w art. 4 ust. 1 pkt 2.
- 2) Składka regularna może być płatna rocznie, półrocznie, kwartalnie lub miesięcznie.
- 3) Ubezpieczający deklaruje we Wniosku płatność składek regularnych. Zadeklarowana płatność składki regularnej jest jednakowa dla składek płaconych na wszystkich Ubezpieczonych.
- 4) Składka regularna zadeklarowana przez Ubezpieczającego nie może być niższa niż kwota określona przez Towarzystwo w roku kalendarzowym, w którym była podpisana Deklaracja Przystąpienia.

4.

- 1) Ubezpieczający może, w celu nabycia Jednostek Uczestnictwa na rzecz poszczególnych Ubezpieczonych, płacić składki dodatkowe w dowolnych terminach i wysokościach.
- 2) Opłacanie składek dodatkowych nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych.

5.

- 1) Składkę uważa się za opłaconą w dniu, w którym została ona zaksięgowana na koncie Towarzystwa.
- 2) Przy płaceniu każdej składki Ubezpieczający doręcza do Towarzystwa:
 - a) imienną listę Ubezpieczonych, na rzecz których opłacana jest składka z podaniem wysokości składki przeznaczonej na rzecz każdego z Ubezpieczonych znajdujących się na liście,
 - b) potwierdzenie przelania składki na konto Towarzystwa podpisane przez głównego księgowego.

Artykuł 9 **Indeksacja składek**

1.

- 1) Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego na rzecz każdego Ubezpieczonego podlegają indeksacji w każdą Rocznicę Polisy wystawionej dla tego Ubezpieczonego.
- 2) Składki, o których mowa w pkt 1 indeksuje się indeksem ustalonym przez Towarzystwo w zależności, między innymi od stopy inflacji.
- 3) Towarzystwo na dwa miesiące przed upływem każdego roku kalendarzowego informuje Ubezpieczającego na piśmie o indeksie ustalonym na następny rok kalendarzowy.
- 4) Ubezpieczający może odmówić indeksacji składek doręczając Towarzystwu pisemne zawiadomienie o odmowie, w terminie 30 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w pkt 3. Niedoręczenie pisemnego zawiadomienia o odmowie indeksacji w ww. terminie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na indeksację składek.
- 5) Indeksem ustalonym stosownie do postanowień ustępów powyższych indeksowane będą składki płacone na rzecz tych Ubezpieczonych, których Rocznicą Polisy przypada w roku

- kalendarzowym, na który ustalony został indeks.
- 6) Zindeksowana składka obowiązuje od dnia rocznicy polisy, w którym składka została zindeksowana do dnia, w którym została dokonana kolejna indeksacja składki.

Artykuł 10

Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa

1.

- 1) Ze składek wpłaconych przez Ubezpieczającego w ramach Umowy, Towarzystwo tworzy Fundusz.
- 2) Fundusz ewidencjonowany jest w Jednostkach Uczestnictwa.
- 3) W ramach Funduszu Towarzystwa prowadzi dla każdego Ubezpieczonego Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa.

2.

- 1) Towarzystwo przeznacza na nabycie Jednostek Uczestnictwa, stosownie do imiennej listy ubezpieczonych, o której mowa w art. 3 ust. 2 pkt 2, nie mniej niż:
 - a) 75% składki regularnej, wpłaconej na rzecz każdego Ubezpieczonego, należnej w pierwszym roku Okresu Ubezpieczenia,
 - b) 95% składki regularnej, wpłaconej na rzecz każdego Ubezpieczonego, należnej w następnych latach Okresu Ubezpieczenia,
- 2) Składka dodatkowa zapłacona przez Ubezpieczającego przeznaczana jest, po potrąceniu kosztów, na nabycie Jednostek Uczestnictwa dla Ubezpieczonego, na rzecz którego została zapłacona.
- 3) Jednostki Uczestnictwa nabywane są według ceny ustalonej w najbliższym dniu wyceny przypadającym po dniu zaksięgowania składki.
- 4) Cena Jednostki Uczestnictwa ustalana jest w dniu wyceny jednostki, nie rzadziej niż raz w miesiącu.
- 5) Nabyte na rzecz Ubezpieczonego Jednostki Uczestnictwa ewidencjonowane są na jego Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca kalendarzowego liczba Jednostek Uczestnictwa znajdujących się na każdym Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa ulega zmniejszeniu o liczbę jednostek uczestnictwa odpowiadającą swoją wartością wysokości składki przeznaczonej na ochronę ubezpieczeniową udzielaną Ubezpieczonemu, oraz wysokości kosztów administrowania polisą.
- 2) Wartość Jednostek Uczestnictwa odliczanych z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, na zasadach określonych w pkt 1, ustalana jest według ceny Jednostki Uczestnictwa.

4.

- 1) Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa obliczana jest jako kwota stanowiąca iloczyn liczby Jednostek Uczestnictwa będących w ewidencji na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny Jednostki Uczestnictwa.
- 2) Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa zwiększana jest o kwotę składki, z zastrzeżeniem zapisów art. 10 ust. 2 pkt 1 i 2, zapłaconej przez Ubezpieczającego na rzecz Ubezpieczonego, dla którego prowadzony jest ten rachunek, w okresie między ostatnim dniem zakupu jednostek, a dniem ustalania wartości

Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

5.

Szczegółowe zasady dotyczące Funduszu oraz wyceny wartości Jednostki Uczestnictwa regulowane są Regulaminem Funduszu Inwestycyjnego wyłożonym do wglądu w siedzibie i u przedstawiciela Towarzystwa.

Artykuł 11

Gwarancja wykupu ubezpieczenia

1.

- 1) W czasie trwania Umowy zawartej w wersji 1, Ubezpieczający ma prawo do wykupu ubezpieczenia lub do częściowego wykupu ubezpieczenia.
- 2) Wykup ubezpieczenia i częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo Ubezpieczającemu odpowiednio całości lub części Wartości Wykupu Ubezpieczenia.

2.

- 1) Przed opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych, na rzecz Ubezpieczonego Wartość Wykupu Ubezpieczenia dotycząca tego Ubezpieczonego jest równa zero, o ile Ubezpieczający nie opłacał składek dodatkowych. Jeżeli Ubezpieczający opłacał składki dodatkowe, to Wartość Wykupu Ubezpieczenia jest równa wartości Jednostek Uczestnictwa nabytych za wpłacone przez Ubezpieczającego, na rzecz Ubezpieczonego składki dodatkowe.
- 2) Po opłaceniu pełnych dwóch rocznych składek regularnych, na rzecz Ubezpieczonego Wartość Wykupu Ubezpieczenia dotycząca tego Ubezpieczonego jest równa wartości Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa tego Ubezpieczonego.
- 3) Przy dokonywaniu wykupu (częściowego wykupu) ubezpieczenia Wartość Wykupu Ubezpieczenia ustala się zgodnie z ceną jednostki określoną w następnym dniu wyceny po dacie wpłynięcia do siedziby Towarzystwa wniosku o dokonanie wykupu.
- 4) Dla Umów zawartych w wersji 1 Wartość Wykupu jest równa zero w ciągu pierwszych 6 lat trwania Okresu Ubezpieczenia.

3.

- 1) Częściowy wykup ubezpieczenia może być dokonany, jeżeli łącznie spełnione są następujące warunki:
 - a) Wartość Wykupu Ubezpieczenia, której dotyczy wniosek jest większa od zera,
 - b) Wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, którego dotyczy wniosek po wypłaceniu Ubezpieczającemu części Wartości Wykupu Ubezpieczenia, nie będzie niższa niż Gwarantowana Suma Ubezpieczenia.
- 2) Wartość częściowego wykupu ubezpieczenia określana jest przez Ubezpieczającego we wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, przy uwzględnieniu postanowień pkt 1, art. 10 ust. 4 pkt 1 i art. 11 ust. 2 pkt 3.

4.

- 1) Kwota należna z tytułu wykupu ubezpieczenia lub częściowego wykupu ubezpieczenia zostanie wypłacona Ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej w formie jednorazowej wypłaty.
- 2) Kwota należna z tytułu wykupu ubezpieczenia i każdego częściowego wykupu

ubezpieczenia, o których mowa wyżej ulega pomniejszeniu o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.

5.

- 1) W przypadku dokonania częściowego wykupu ubezpieczenia liczba Jednostek Uczestnictwa odpowiadających swoją wartością częściowemu wykupowi ubezpieczenia jest odejmowana z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa, którego dotyczył wniosek o wykup.
- 2) W przypadku wniosku o wykup ubezpieczenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa z dniem złożenia tego wniosku.
- 3) Wykup ubezpieczenia lub częściowy wykup ubezpieczenia na rzecz danego Ubezpieczonego nie może nastąpić wcześniej niż po upływie 6 lat trwania Okresu Ubezpieczenia.

6.

- 1) Zarówno wykup ubezpieczenia, jak też częściowy wykup ubezpieczenia może dotyczyć jednego lub więcej Indywidualnych Rachunków Jednostek Uczestnictwa, przy czym stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1 - 5.
- 2) Z dniem złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wykup ubezpieczenia, dotyczącego wszystkich Indywidualnych Rachunków Jednostek Uczestnictwa, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.

7.

- 1) W przypadku zawarcia Umowy w Wersji II prawo do dokonania wykupu ubezpieczenia lub częściowego wykupu ubezpieczenia ma Ubezpieczony w odniesieniu do Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa dla niego prowadzonego.
- 2) W przypadku zawarcia Umowy w Wersji II do wykupu ubezpieczenia lub częściowego wykupu ubezpieczenia dokonywanego przez Ubezpieczonego odpowiednie zastosowanie mają postanowienia ust. 1 - 5, z wyjątkiem postanowień ust. 5 pkt 3. Uprawnienia przysługujące Ubezpieczającemu z tytułu wykupu lub częściowego wykupu ubezpieczenia przysługują Ubezpieczonemu.

Artykuł 12 **Zawieszenie opłacania składek**

1.

- 1) Ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych na rzecz Ubezpieczonego z zachowaniem warunków Umowy, o ile na rzecz tego Ubezpieczonego opłacone zostały pełne dwie roczne składki regularne.
- 2) Prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych przysługuje Ubezpieczającemu pod warunkiem przesłania do Towarzystwa pisemnego zawiadomienia o zawieszeniu, nie później jednak niż przed upływem 60 dni od daty wymagalności pierwszej składki, którą Ubezpieczający pragnie zawiesić.
- 3) Płatność składek regularnych jest zawieszana do dnia najbliższej Rocznicy Polisy przypadającej bezpośrednio po dniu wymagalności składki, o której mowa w pkt 2.
- 4) Jeżeli w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa Ubezpieczonego przestanie wystarczać na pokrycie składki na ryzyko i kosztów administracyjnych, odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do tego Ubezpieczonego wygaśnie ostatniego dnia miesiąca, za który potrącono

ostatnią składkę na ryzyko.

- 5) Postanowienia pkt 1 - 4 stosuje się odpowiednio w przypadku zawieszenia przez Ubezpieczającego płacenia składek na rzecz więcej niż jednego Ubezpieczonego.

Artykuł 13 Nieopłacenie składek

1.

- 1) Jeżeli Wartość Wykupu Ubezpieczenia jest równa zero, a Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej na rzecz Ubezpieczonego w terminie 30 dni od następnego dnia po dniu wymagalności tej składki, to odpowiedzialność Towarzystwa względem tego Ubezpieczonego wygasa z następnym dniem po upływie wyżej wymienionego terminu.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający opłaci całą zaległą składkę regularną, na rzecz Ubezpieczonego w terminie 90 dni od następnego dnia po dniu, w którym był zobowiązany do jej zapłacenia, to odpowiedzialność towarzystwa względem tego Ubezpieczonego zostanie wznowiona z dniem następnym po dniu opłacenia zaległej składki regularnej z zachowaniem warunków obowiązujących przed wygaśnięciem odpowiedzialności.
- 3) Odpowiedzialność Towarzystwa może być wznowiona w odniesieniu do każdego Ubezpieczonego tylko jeden raz, w trakcie obowiązywania Umowy.

2.

Jeżeli Wartość Wykupu Ubezpieczenia dotycząca wszystkich Ubezpieczonych z Umowy jest równa zero, a Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej na rzecz żadnego z Ubezpieczonych w terminie 30 dni od następnego dnia po dniu wymagalności tej składki i bezskutecznie minął termin, o którym mowa w ust. 1 pkt 2 Umowa ulega rozwiązaniu z dniem upływu terminu, o którym mowa w ust. 1 pkt 2.

3.

- 1) Jeżeli Wartość Wykupu Ubezpieczenia jest większa od zera, a Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej na rzecz Ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, to z zastrzeżeniem postanowień art. 11, wraz z upływem ww. terminu, odpowiedzialność Towarzystwa względem tego Ubezpieczonego wygasa i Towarzystwo wypłaca Wartość Wykupu Ubezpieczenia:
 - a) Ubezpieczającemu w ramach Umowy zawartej w Wersji I
 - b) właściwemu Ubezpieczonemu w ramach Umowy zawartej w Wersji II
- 2) Jeżeli Wartość Wykupu Ubezpieczenia dotycząca wszystkich Ubezpieczonych z Umowy jest większa od zera, a Ubezpieczający nie opłacił składki regularnej za żadnego Ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, to z zastrzeżeniem postanowień art. 12, wraz z upływem ww. terminu Towarzystwo wypłaca Wartość Wykupu Ubezpieczenia dotyczącą wszystkich Ubezpieczonych z Umowy, a Umowa ulega rozwiązaniu z dniem upływu ww. terminu.

Artykuł 14 Wypłata świadczeń

1.

- 1) Po dożyciu przez Ubezpieczonego końca Okresu Ubezpieczenia potwierdzonego w polisie, Towarzystwo wypłaca wartość jego Indywidualnego Rachunku Jednostek

Uczestnictwa ustaloną w dniu dożycia przez Ubezpieczonego końca Okresu Ubezpieczenia.

- 2) Podstawą do wypłaty świadczenia, o którym mowa w pkt 1, jest przedstawienie Towarzystwu następujących dokumentów:
 - a) polisy,
 - b) dowodu tożsamości lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego.
- 3) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1, zostanie wypłacone w formie świadczenia jednorazowego z możliwością zawarcia ubezpieczenia rentowego będącego w ofercie Towarzystwa w dniu wypłaty świadczenia.
- 4) Świadczenie, o którym mowa w pkt 1, wypłacane jest bezpośrednio Ubezpieczonemu.

2.

- 1) W razie zgonu Ubezpieczonego zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu większą z kwot: Gwarantowaną Sumę Ubezpieczenia albo wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa Ubezpieczonego ustaloną w dniu zgłoszenia zgonu do Towarzystwa.
- 2) Jeżeli zgon Ubezpieczonego, o którym mowa w pkt 1 będzie następstwem nieszczęśliwego wypadku, to przy ustalaniu większej kwoty Towarzystwo uwzględni podwójną Gwarantowaną Sumę Ubezpieczenia zamiast Gwarantowanej Sumy Ubezpieczenia.
- 3) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w pkt 1 lub pkt 2 jest zawiadomienie na formularzu Towarzystwa o zgonie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) polisy,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu, wystawionego przez lekarza lub odnośne władze,
 - d) a w przypadku, zgonu będącego następstwem Nieszczęśliwego Wypadku - także kopii raportu policyjnego z opisem wypadku,
 - e) w przypadku, gdy zgon nastąpi w okresie 6 miesięcy od dnia początku Okresu Ubezpieczenia - dodatkowo zaświadczenie od Ubezpieczającego o dacie zatrudnienia.
- 4) Ubezpieczony może zmienić wskazanie osoby Uposażonego w każdym czasie obowiązywania Umowy. Uposażonym nie może być Ubezpieczający.
- 5) Jeżeli po wypłaceniu przez Towarzystwo świadczenia z tytułu Inwalidztwa Ubezpieczonego, nastąpi zgon Ubezpieczonego będący następstwem Nieszczęśliwego Wypadku zaistniałego przed datą Inwalidztwa, to wówczas Towarzystwo wypłaci kwotę świadczenia stanowiącą uzupełnienie o różnicę między kwotą należnego świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, a kwotą wypłaconą z tytułu Inwalidztwa.

3.

- 1) W razie Inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu większą z kwot: Gwarantowaną Sumę Ubezpieczenia albo wartość Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa tego Ubezpieczonego ustaloną w dniu zgłoszenia Inwalidztwa do Towarzystwa.
- 2) Warunkiem wypłaty świadczenia określonego w pkt 1 jest zawiadomienie na formularzu Towarzystwa o Inwalidztwie Ubezpieczonego, oraz przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) polisy,
 - b) orzeczenia Inwalidztwa,

- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę Inwalidztwa, wystawionego przez lekarza lub odnośne władze.
- 3) Jeżeli zgon Ubezpieczonego lub zgon w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku nastąpił w wyniku umyślnego przestępstwa dokonanego przez Uposażonego, to świadczenie Uposażonemu nie zostanie wypłacone. W takim przypadku, oraz jeżeli w dniu zgonu Ubezpieczonego nie ma Uposażonego, Towarzystwo wypłaci świadczenie najbliższej rodzinie Ubezpieczonego w kolejności podanej poniżej:
 - a) współmałżonek,
 - b) dzieci,
 - c) rodzice,
 - d) rodzeństwo,
 - e) inni spadkobiercy ustawowi.

4.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt 1, nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
- 3) W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo uzasadni swoje stanowisko na piśmie i powiadomi o prawie dochodzenia roszczeń z tytułu zawartej Umowy na drodze sądowej.

Artykuł 15 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

- 1) Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zgonu lub Inwalidztwa Ubezpieczonego, jeżeli zdarzenia te nastąpiły z jednej z wymienionych niżej przyczyn:
 - a) działania wojenne,
 - b) samookaleczenie Ubezpieczonego lub okaleczenie na jego własną prośbę,
 - c) samobójstwo Ubezpieczonego przed upływem dwóch lat, licząc od początku Okresu Ubezpieczenia,
 - d) uczestnictwo Ubezpieczonego, jako sprawcy, współsprawcy lub współnika w przestępstwach zamierzonych, zbrodniach, zamieszkach.
- 2) Zgon nie będzie uważany za powstały w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i żadne świadczenie z tego tytułu przewidziane w niniejszych o.w.u. nie zostanie przez Towarzystwo przyznane i/lub wypłacone, jeżeli zajdzie jedna z niżej wymienionych okoliczności:
 - a) Ubezpieczony w chwili pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji mogących wywołać stan nietrzeźwości, odurzenia, albo niepoczytalności (i stwierdzono to medycznie), z wyjątkiem leków zapisanych przez lekarza i przyjmowanych zgodnie z jego zaleceniami,
 - b) zgon nastąpił z powodu wylewu krwi do mózgu lub zawału serca,
 - c) wypadek nastąpił na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego, profesjonalnie lub amatorsko, niebezpiecznego sportu,
 - d) wypadek nastąpił na skutek uczestnictwa Ubezpieczonego, jako zawodnika, w wyścigach, rajdach samochodowych, motocyklowych, w regatach (lub próbach wcześniej wymienionych imprez),

- e) wypadek nastąpił na skutek uprawiania przez Ubezpieczonego sportu powietrznego dowolnego typu (loty próbne lub loty na prototypach),
- f) zgon nastąpi po upływie 180 dni od daty zajścia Nieszczęśliwego Wypadku.

Artykuł 16

Rozwiązanie umowy

1.

- 1) Ubezpieczający może odstąpić od Umowy, w terminie 30 dni w przypadku osób fizycznych i 7 dni w przypadku osób prawnych, licząc od dnia jej zawarcia. W takim przypadku Towarzystwo, w terminie 30 dni od dnia doręczenia oświadczenia o odstąpieniu, zwraca Ubezpieczającemu składkę, o ile nie zaistniało zdarzenie ubezpieczeniowe stanowiące przedmiot odpowiedzialności Towarzystwa. Przy zwrocie składki potrącone zostają opłaty manipulacyjne.
- 2) Ubezpieczającemu przysługuje prawo pisemnego wypowiedzenia Umowy z zachowaniem trzymiesięcznego terminu wypowiedzenia. Towarzystwo wypłaca wówczas Wartość Wykupu Wszystkich Indywidualnych Rachunków Jednostek Uczestnictwa, w trybie zapisów art. 11:
 - a) w przypadku zawarcia Umowy w Wersji I - Ubezpieczającemu;
 - b) w przypadku zawarcia Umowy w Wersji II - Ubezpieczonemu;
- 3) Umowa ulega rozwiązaniu z dniem dokonania przez Towarzystwo, stosownie do postanowień art. 11 ust. 6 wypłaty Wartości Wykupu Ubezpieczenia wszystkich ubezpieczonych.
- 4) Nieuiszczenie przez Ubezpieczającego składki regularnej nie oznacza wypowiedzenia Umowy.
- 5) Umowa ulega rozwiązaniu, jeżeli w terminie 90 dni od dnia jej zawarcia Towarzystwo nie obejmie umową ubezpieczeniową żadnego z pracowników zgłoszonych przez Ubezpieczającego do ubezpieczenia.

Artykuł 17

Doręczenia i powiadomienia

1.

- 1) Wnioski, oświadczenia, informacje, powiadomienia, o których mowa w o.w.u., Ubezpieczający lub osoba uprawniona doręcza Towarzystwu w formie pisemnej:
 - a) osobiście w siedzibie Towarzystwa lub
 - b) listem poleconym przesłanym na adres siedziby Towarzystwa. Adres siedziby Towarzystwa podany jest na Wniosku.
- 2) Towarzystwo ma obowiązek zawiadomić o każdej zmianie swojej siedziby przez dokonanie stosownych ogłoszeń w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowy.
- 3) Ubezpieczający, jak również Ubezpieczony mają obowiązek wskazania adresu dla doręczeń oraz powiadomienia Towarzystwa o każdej zmianie tego adresu.
- 4) Obowiązek doręczenia Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu informacji, decyzji lub innych informacji przewidzianych w o.w.u. jest prawidłowo wykonany przez Towarzystwo, jeśli pismo zostało przesłane listem poleconym na ostatni adres podany przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego do wiadomości Towarzystwa zgodnie z pkt 3.

Artykuł 18
Postanowienia końcowe

1.

- 1) Umowa może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od niniejszych o.w.u.
- 2) W przypadku zawarcia Umowy w Wersji I, w okresie pierwszych sześciu lat trwania Okresu Ubezpieczenia wyłącza się możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z Umowy Ubezpieczenia.

2.

W braku odmiennych postanowień o.w.u., wszelkie zmiany warunków Umowy wymagają zgodnych oświadczeń Ubezpieczającego i Towarzystwa złożonych w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.

3.

Jeżeli nie umówiono się inaczej, Umowę stanowią niniejsze o.w.u., wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz polisy.


4.

- 1) W sprawach nie uregulowanych w niniejszych o.w.u. mają zastosowanie przepisy polskiego Kodeksu cywilnego oraz ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- 2) Wszystkie spory wynikające z umowy ubezpieczenia lub powstałe w związku z jej wykonaniem będą rozstrzygane przez sąd powszechny właściwy miejscowo ze względu na siedzibę Towarzystwa.

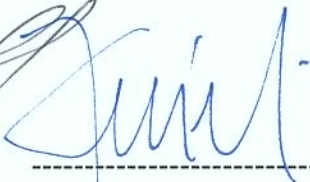
5.

Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu T.U. Allianz Życie Polska S.A. numer...22/99..... z dnia ~~30.06.1999~~ r. i wchodzi w życie z dniem ~~1.07.1999~~ r.

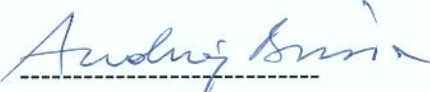
Warszawa, dnia 30.06.1999 r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Dr Georg Lisiecki
Wiceprezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu