

Załącznik nr 1

do Umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa

Szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa dla Klientów Banku Pekao S.A.

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejsze szczególne warunki grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa (zwane dalej: s.w.u.) określają zasady świadczenia ochrony ubezpieczeniowej wobec osób fizycznych – Ubezpieczonych/Klientów Banku Pekao S.A. na podstawie Umowy grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa zawartej między Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A. a Bankiem Pekao S.A.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w s.w.u., ubezpieczeniach dodatkowych oraz innych dokumentach związanych z grupowym ubezpieczeniem na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa nadaje się następujące znaczenia:

- 1) alokacja składki – procentowy podział składki podstawowej lub odpowiednio składki doraźnej pomiędzy wybrane Fundusze, w celu nabycia jednostek,
- 2) cena jednostki – wartość jednostki, według której Ubezpieczyciel przelicza wpłacane składki na jednostki oraz umarza jednostki zewidencjonowane na rachunkach jednostek,
- 3) Certyfikat/ Certyfikat Uczestnictwa – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową i określający szczegółowo jej warunki, oraz nabycie jednostek,
- 4) czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona,
- 5) czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach i zamieszkach – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni i innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów i zamieszek,
- 6) Deklaracja przystąpienia – formularz Ubezpieczyciela, wypełniany przez Ubezpieczającego w formie elektronicznej w systemie Ubezpieczyciela, na którym Ubezpieczony po jego wydrukowaniu wyraża swoją wolę przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
- 7) Dyrekcja Generalna Allianz – podstawowa jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Ubezpieczyciela; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Ubezpieczyciela wskazany w Certyfikacie,
- 8) działania wojenne, konflikty zbrojne, zamieszki, rozruchy, zamachy stanu, wojna – ruchy wojsk, walki zbrojne (zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, etnicznymi lub religijnymi, prowadzona dla osiągnięcia oznaczonych celów,
- 9) działanie pod wpływem alkoholu – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
  - a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
  - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1dm<sup>3</sup>,
- 10) dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – następny dzień po złożeniu przez Ubezpieczonego oświadczenia o chęci skorzystania z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony

B

*[Handwritten signature]*  
Pudlak

ubezpieczeniowej i opłaceniu składki podstawowej, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego,

11) e-serwis – portal informacyjno-transakcyjny udostępniany Ubezpieczającemu i Ubezpieczonym poprzez Internet, umożliwiający uzyskanie informacji o stanie certyfikatów oraz składanie dyspozycji związanych z ubezpieczeniem,

12) Fundusz lub strategia inwestycyjna – ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy stanowiący wydzieloną część aktywów Ubezpieczyciela ulokowaną na zasadach przewidzianych regulaminem, tworzoną ze składek opłacanych z tytułu ubezpieczenia,

13) jednostki – części o równej wartości, na które jest podzielony Fundusz,

14) klient Ubezpieczającego – osoba fizyczna, która zawarła z Ubezpieczającym umowę o prowadzenie rachunku bieżącego wkładów oszczędnościowych lub Eurokonta i jest zainteresowana przystąpieniem do Ubezpieczenia,

15) miesiąc polisowy – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony wobec danego Ubezpieczonego, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego,

16) opłata wstępna – wartość określona w Tabeli opłat i limitów jako procent każdej wpłacanej składki, określona osobno dla składki podstawowej i składek doraźnych, pobierana na zasadach określonych w § 9,

17) opłata za administrowanie strategiami inwestycyjnymi (Funduszami) – wartość wskazana w Tabeli opłat i limitów pobierana na zasadach określonych w § 9,

18) opłata za ochronę ubezpieczeniową – kwota opłaty z tytułu ubezpieczenia Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa obliczana jako iloczyn sumy na ryzyku i współczynnika odzwierciedlającego prawdopodobieństwo zgonu wynikającego z tablic trwania życia w roku 1995 i 1996 ogłoszonych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, zależnie od wieku i płci Ubezpieczonego. Opłata pobierana jest na zasadach określonych w § 9 z rachunku jednostek poprzez ich umorzenie,

19) opłata za wykup – wartość określona procentowo, pobierana ze środków pochodzących z umarżanych jednostek w związku z wykupem, wskazana w Tabeli opłat i limitów,

20) rachunek jednostek – odpowiednio rachunek podstawowy i rachunek swobodnego dostępu, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących z wpłaconych składek,

21) rachunek podstawowy – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących ze składki podstawowej,

22) rachunek swobodnego dostępu – rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki nabyte ze środków pochodzących ze składek doraźnych,

23) regulamin – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych będący załącznikiem do s.w.u., stanowiący ich integralną część, wskazujący zasady funkcjonowania i strategię Funduszy oferowanych przez Ubezpieczyciela,

24) rok polisowy – pierwsze 12 miesięcy polisowych od daty określonej w Certyfikacie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego oraz każde kolejne okresy ubezpieczenia między rocznicami ubezpieczenia,

25) składka doraźna – składka niezwiązana ze składką podstawową, uiszczana dodatkowo i dobrowolnie na rachunek swobodnego dostępu właściwy dla Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, za którą po wystawieniu Certyfikatu nabywane są jednostki,

26) składka podstawowa – składka opłacana jednorazowo przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona w Deklaracji przystąpienia oraz potwierdzona w

Certyfikacie. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów.

- 27) suma na ryzyku – kwota równa różnicy poniższych wartości:
- sumy wpłaconej składki podstawowej oraz składek doraźnych, pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów,
  - wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek liczonej jako iloczyn liczby jednostek i ceny jednostki z dnia obliczania sumy na ryzyku.
- W przypadku gdy różnica ta jest ujemna, przyjmuje się, że suma na ryzyku wynosi zero.
- 28) s.w.u. – niniejsze szczególne warunki ubezpieczenia,
- 29) Tabela opłat i limitów - załącznik do s.w.u., stanowiący ich integralną część, wskazujący wartości, o których w nich mowa,
- 30) Ubezpieczający – Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna,
- 31) Ubezpieczenie – ochrona ubezpieczeniowa świadczona przez Ubezpieczyciela wobec danego Ubezpieczonego,
- 32) Ubezpieczenie dodatkowe – rozszerzony zakres ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka wyszczególnione w warunkach dodatkowych, stanowiących integralną część s.w.u.:
- Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku,
  - Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem,
  - Dodatkowe ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- 33) Ubezpieczony – osoba fizyczna/klient Ubezpieczającego, którego życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych s.w.u. i umowy ubezpieczenia,
- 34) Ubezpieczyciel – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.,
- 35) umowa ubezpieczenia – zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym Umowa grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa,
- 36) Uposażony – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 37) wartość wykupu – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela Ubezpieczonemu w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w § 10 s.w.u.,
- 38) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, polegające na śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania tej ochrony.

### § 3


Przedmiot i zakres ubezpieczenia

#### 1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

#### 2.

- Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego polega na wypłacie Uposażonemu, w razie śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej świadczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt. 3.
- Suma ubezpieczenia to określona w Certyfikacie wartość gwarantowana, wypłacana przez Ubezpieczyciela na wypadek śmierci Ubezpieczonego, równa wyższej z wartości:
  - sumie wpłaconej składki podstawowej oraz składek doraźnych, pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów,
  - wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego, obliczonej według cen jednostek z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela. Rejestracja następuje w terminie 3 dni roboczych od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

  
Tudzież

- a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty jego przystąpienia do umowy ubezpieczenia,
  - b) czynnego i biernego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym,
  - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach,
- Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie równe wartości wykupu.

#### § 4

##### Przystąpienie do umowy ubezpieczenia

1.

1. Do umowy ubezpieczenia może przystąpić klient Ubezpieczającego, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 76 lat.
2. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia na czas nieokreślony.

2.

Przystąpienie do umowy ubezpieczenia następuje poprzez złożenie oświadczenia o chęci skorzystania z zastrzeżonej na rzecz Ubezpieczonego ochrony ubezpieczeniowej oraz oświadczeń zawartych w formularzu Deklaracji przystąpienia. Ubezpieczony zobowiązany jest do podpisania prawidłowo wypełnionej i kompletnej deklaracji.

3.

Deklaracja przekazywana jest przez Ubezpieczającego do Dyrekcji Generalnej Allianz w formie zapisu elektronicznego w systemie Ubezpieczyciela.

4.

Ubezpieczyciel potwierdza objęcie danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową wysyłając mu Certyfikat w terminie 5 dni roboczych od daty nabycia jednostek.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w następnym dniu po dniu złożenia przez niego oświadczenia, że chce skorzystać z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej i opłaceniu składki podstawowej w wyznaczonym terminie i wysokości.

6.

Na podstawie uzyskanych przez Ubezpieczyciela informacji zawartych w Deklaracji przystąpienia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy objęcia danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową. Decyzję, o której mowa w zdaniu powyższym Ubezpieczyciel podejmie w terminie 7 dni roboczych licząc od dnia wpływu Deklaracji przystąpienia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

7.

W przypadku odmowy, o której mowa w ust. 6 Ubezpieczyciel zwróci wpłaconą składkę w terminie do 5 dni roboczych od daty podjęcia decyzji o odmowie i poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego.

8.

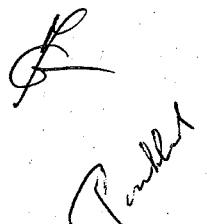
Ochrona ubezpieczeniowa wobec danego Ubezpieczonego nie rozpoczyna się, jeżeli składka podstawowa została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

#### § 5

##### Składka podstawowa i rachunek podstawowy

1.

- 1) Wpłata na poczet składki podstawowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela następuje najpóźniej następnego dnia roboczego po dniu złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia, że chce skorzystać z zastrzeżonej na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Składkę podstawową uznaje się za wpłaconą w dniu, w którym wpłynęła w pełnej wysokości, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
- 3) Kwota składki podstawowej nie może być niższa od składki podstawowej zadeklarowanej przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia.
- 4) W przypadku nie dokonania wpłaty składki podstawowej Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową.
- 5) Ubezpieczyciel w terminie 7 dni roboczych od dnia nieterminowej wpłaty składki podstawowej dokona zwrotu tej wpłaty, jeżeli taka wpłata została dokonana na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- 6) W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota składki podstawowej określona w Deklaracji przystąpienia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę w terminie określonym w pkt. 5.



7) Po zarejestrowaniu wpłaty składki w niepełnej wysokości oraz upływie terminu 7 dni roboczych, w których Ubezpieczyciel oczekuje na dopłatę do pełnej wysokości składki podstawowej, w razie jej braku Ubezpieczyciel w ciągu 5 dni roboczych zwróci wpłaconą kwotę i poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczonego.

## 2.

- 1) Składka podstawowa podlega alokacji zgodnie z dyspozycją alokacji składki złożoną w Deklaracji przystąpienia i po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku podstawowym.
- 2) Ubezpieczyciel przeznaczą na nabycie jednostek kwotę wpłaconej składki podstawowej pomniejszoną o opłatę wstępną określoną w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Liczbę jednostek danego Funduszu nabywanych z wpłaconej składki podstawowej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki tego Funduszu.
- 4) Nabycie jednostek danego Funduszu za wpłaconą składkę podstawową następuje według ceny jednostki z 2-go dnia roboczego po dniu zapłaty składki podstawowej, pod warunkiem wpłynięcia Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczyciela.  
Jeżeli w powyższym terminie nie wpłynie Deklaracja przystąpienia w trybie wskazanym w § 4 ust 3, nabycie jednostek za wpłaconą składkę podstawową nastąpi według ceny jednostki z 2-go dnia roboczego po dniu wpływu Deklaracji przystąpienia do Ubezpieczyciela.
- 5) Rejestracja nabytych jednostek na rachunku podstawowym następuje z datą nabycia w 3. dniu roboczym po dniu nabycia jednostek.

## § 6

Składki dorażne i rachunek swobodnego dostępu

### 1.

- 1) W każdym czasie, niezależnie od składki podstawowej, na rachunek swobodnego dostępu właściwy dla danego Certyfikatu mogą być wpłacane składki dorażne.
- 2) Wysokość składki dorażnej jest dowolna, jednak nie może ona być niższa od minimalnej składki dorażnej określonej w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Datą zapłaty składki dorażnej jest dzień wpływu tej składki, w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki dorażnej, na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy.
- 4) W przypadku odnotowania wpłaty składki w wysokości niższej niż minimalna, Ubezpieczyciel zwróci wpłaconą kwotę w terminie 7 dni roboczych od daty dokonania wpłaty.

### 2.

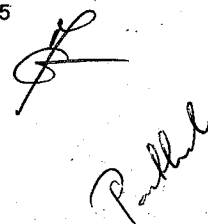
- 1) Składka dorażna podlega alokacji zgodnie z dyspozycją określoną przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia lub w dyspozycji zmiany alokacji składki, po przeliczeniu na jednostki ewidencjonowana jest na rachunku swobodnego dostępu.
- 2) Ubezpieczyciel przeznaczą na nabycie jednostek kwotę składki dorażnej pomniejszoną o opłatę wstępną, której wysokość określono w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Liczbę jednostek nabywanych z wpłaconej składki dorażnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie jednostek danego Funduszu przez cenę jednostki tego Funduszu.
- 4) Nabycie jednostek danego Funduszu za wpłaconą składkę dorażną następuje według ceny jednostki 2-go dnia roboczego po dniu po dniu zapłaty składki dorażnej.
- 5) Rejestracja nabytych jednostek na rachunku swobodnego dostępu następuje z datą nabycia w 3. dniu roboczym po dniu nabycia jednostek.

## § 7

Alokacja składki i przeniesienie środków

### 1.

- 1) Ubezpieczony składa dyspozycję alokacji składki podstawowej oraz składki dorażnej w Deklaracji przystąpienia. Ubezpieczony ma prawo w ramach jednego Ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w które będą inwestowane składki.
- 2) Dyspozycja alokacji składki dla danego rachunku, powinna być określona procentowo z dokładnością do 1 i stanowić łącznie 100, z zastrzeżeniem, że udział procentowy składki lokowanej w jeden Fundusz nie może być mniejszy niż 1.
- 3) W razie braku wskazania lub błędnego wskazania Funduszy, w których ma zostać ulokowana składka podstawowa lub składka dorażna lub gdy suma procentowych wskazań Funduszy nie jest równa 100, Ubezpieczyciel przeliczy składkę na jednostki w terminie 3 dni roboczych od daty wpływu do Dyrekcji Generalnej Allianz pisemnej informacji od Ubezpieczonego określającej prawidłowe wskazanie Funduszy.
- 4) Ubezpieczony w dowolnym czasie trwania Ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następczej składki dorażnej (tzw. zmiana alokacji składki). Zmiana alokacji



B

składki doraźnej jest realizowana na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczonego. Ubezpieczony może złożyć dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w e-serwis, samodzielnie lub za pośrednictwem Ubezpieczającego, bądź pisemnie wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz.

5) Zmiana alokacji składki doraźnej realizowana jest:

a) następnego dnia roboczego licząc od dnia złożenia poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczonego w e-serwis lub

b) nie później niż w terminie 3 dni roboczych licząc od dnia wpływu poprawnie wypełnionej pisemnej dyspozycji Ubezpieczonego do Dyrekcji Generalnej Allianz,

i ma zastosowanie do składek, które zostaną zapłacone po dniu realizacji zmiany.

6) Za realizację dyspozycji zmiany alokacji składki doraźnej Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

## 2.

1) Ubezpieczony w dowolnym czasie trwania Ubezpieczenia może przenosić środki w ramach danego rachunku między dostępnymi Funduszami. Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczonego i odbywa się poprzez umorzenie jednostek jednego Funduszu i nabycie (ze środków uzyskanych z umorzenia) jednostek innego lub innych Funduszy. Ubezpieczony może złożyć dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w e-serwis, samodzielnie lub za pośrednictwem Ubezpieczającego, bądź pisemnie wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz

2) Umorzenie jednostek wskazanego Funduszu następuje według ceny jednostki z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji poprawnie wypełnionej dyspozycji w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja dyspozycji, o której mowa w zdaniu poprzednim, następuje:

a) następnego dnia roboczego w przypadku dyspozycji złożonych w e-serwis,

b) nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia wpływu poprawnie wypełnionej pisemnej dyspozycji do Dyrekcji Generalnej Allianz.

3) Rejestracja umorzonych jednostek na właściwym rachunku jednostek następuje z datą umorzenia jednostek w 3. dniu roboczym po dniu umorzenia jednostek.

4) Nabycie jednostek wskazanego Funduszu (lub wskazanych Funduszy) następuje według ceny jednostki z następnego dnia roboczego po dniu rejestracji umorzenia jednostek, o której mowa w pkt. 3 powyżej.

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

6) Jeżeli w dniu wpływu dyspozycji lub w dniu jej rejestracji w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela, są inne dyspozycje danego Ubezpieczonego w trakcie realizacji uniemożliwiające wykonanie nowej dyspozycji, wówczas Ubezpieczyciel zrealizuje złożone dyspozycje według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy realizacji określone powyżej będą liczone począwszy od dnia, w którym upłynął termin realizacji poprzedniej dyspozycji.

7) Za realizację dyspozycji przeniesienia środków Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

## § 8

### Fundusze

1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, s.w.u. oraz regulaminie.

2) Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach.

3) Ubezpieczyciel dla każdego Ubezpieczonego prowadzi rachunki jednostek, na których są ewidencjonowane jednostki poszczególnych Funduszy nabywane za alokowane składki.

## § 9

### Opłaty

W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobierane są następujące opłaty:

1) opłata wstępna - pobierana przed przeliczeniem składki na jednostki,

2) opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa i ubezpieczeń dodatkowych - pobierana jest w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z rachunku podstawowego za dany miesiąc polisowy pierwszego dnia tego miesiąca, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości rachunku podstawowego, według cen jednostek z dnia pobrania opłaty,

3) opłata za administrowanie strategiami inwestycyjnymi (Funduszami) - pobierana w każdym dniu wyceny jednostek poprzez pomniejszenie wartości aktywów każdego z Funduszy o kwotę odpowiadającą wysokości tej opłaty,

4) opłata za wykup.

## § 10

## Wykup i częściowy wykup

### 1.

- 1) W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczony ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu.
- 2) Wykup lub częściowy wykup może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczonego i polega na wypłacie przez Ubezpieczyciela odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na danym rachunku jednostek. Ubezpieczony może złożyć wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w e-serwis, za pośrednictwem Ubezpieczającego lub pisemnie wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Dyrekcji Generalnej Allianz.
- 3) Wykup polega na umorzeniu wszystkich jednostek. Wartość wykupu odpowiada wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek pomniejszonych o opłaty za wykup wskazane w Tabeli opłat i limitów.
- 4) Umorzenie jednostek jest dokonywane według cen jednostek z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji poprawnie wypełnionej dyspozycji w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja dyspozycji, o której mowa w zdaniu poprzednim, następuje:
  - a) następnego dnia roboczego w przypadku dyspozycji złożonych za pośrednictwem Ubezpieczającego w e-serwis,
  - b) nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia wpływu poprawnie wypełnionej pisemnej dyspozycji do Dyrekcji Generalnej Allianz.
- 5) Rejestracja umorzonych jednostek na właściwym rachunku jednostek następuje z datą umorzenia jednostek w 3. dniu roboczym po dniu umorzenia jednostek.

### 2.

- 1) Ubezpieczony ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż od dnia wystawienia Certyfikatu (dnia zakupu jednostek za składkę podstawową).
- 2) Częściowy wykup polega na umorzeniu z właściwego rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek Funduszy wskazanych przez Ubezpieczonego.
- 3) Szacowana kwota częściowego wykupu określana jest jako iloczyn wskazanej przez Ubezpieczonego liczby jednostek wskazanych Funduszy i ceny tych jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela. Kwota częściowego wykupu nie może być niższa niż minimalna kwota częściowego wykupu określona w Tabeli opłat i limitów.
- 4) Umorzenie jednostek jest dokonywane według cen jednostek z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji poprawnie wypełnionej dyspozycji w systemie obsługi polis Allianz. Rejestracja dyspozycji, o której mowa w zdaniu poprzednim, następuje:
  - a) następnego dnia roboczego w przypadku dyspozycji złożonych za pośrednictwem Ubezpieczającego w e-serwis,
  - b) nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia wpływu poprawnie wypełnionej pisemnej dyspozycji do Dyrekcji Generalnej Allianz.
- 5) Rejestracja umorzonych jednostek na właściwym rachunku jednostek następuje z datą umorzenia jednostek w 3. dniu roboczym po dniu umorzenia jednostek.
- 6) Ubezpieczony może dokonać częściowego wykupu z rachunku podstawowego nie częściej niż raz w roku polisowym, a z rachunku swobodnego dostępu w każdym momencie z zastrzeżeniem ust. 1.
- 7) Niezależnie od innych postanowień wartość rachunku podstawowego po dokonaniu częściowego wykupu z rachunku podstawowego, szacowana na podstawie cen jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela nie może być niższa niż minimalna wartość rachunku podstawowego określona w Tabeli opłat i limitów.
- 8) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania Funduszy, z których mają być wycofane środki, Ubezpieczyciel dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych Funduszach.
- 9) W sytuacji gdy nie zostaną spełnione warunki określone w pkt. 3 i 6 powyżej, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:
  - a) odmowy realizacji wykupu częściowego,
  - b) wycofania jednostek z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

### 3.

- 1) Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela wartości wykupu lub częściowego wykupu są:
  - a) dla dyspozycji składanych za pośrednictwem Ubezpieczającego przez e-serwis:
    - podpisanie składanej u Ubezpieczającego dyspozycji przed jej zatwierdzeniem w e-serwis.
  - b) dla dyspozycji składanych pisemnie:
    - poprawnie wypełniony wniosek o wykup / częściowy wykup.
    - kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, potwierdzona przez przedstawiciela Ubezpieczyciela, przedstawiciela Ubezpieczającego lub notariusza za zgodność z oryginałem.

2) Kwota należna z tytułu wykupu lub częściowego wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczonemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie 3 dni roboczych po dniu rejestracji umorzenia jednostek na właściwym rachunku jednostek.

4.

Środki pieniężne pochodzące z umorzenia jednostek w ramach wykupu lub częściowego wykupu do dnia wypłaty nie podlegają oprocentowaniu.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

1) W razie śmierci Ubezpieczonego, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

3) Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

4) Do zgłoszenia roszczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego zobowiązana jest dołączyć odpis aktu zgonu lub jego kopię potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Ubezpieczyciela.

5) Na podstawie zgromadzonej dokumentacji Ubezpieczyciel przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:

- a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
- b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
- c) wysokości świadczenia,
- d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
- e) sposobu przekazania świadczenia.

2.

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

2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

3) Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest dołączenie do druku zgłoszenia roszczenia następujących dokumentów:

- a) odpisu aktu zgonu (oryginał lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Ubezpieczyciela),
- b) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- c) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazanych przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

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

5) W razie odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu. Umorzenie jednostek z tytułu wykupu, o którym mowa w zdaniu poprzednim jest dokonywane według cen jednostek z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela. Rejestracja następuje w terminie 3 dni roboczych od daty wpłynięcia zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

3.

1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu



Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w Certyfikacie.

3) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- a) współmałżonkowi,
- b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka,
- c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeżeli brak dzieci i współmałżonka,
- d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeżeli brak rodziców i dzieci i współmałżonka,
- e) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

#### 4.

1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci zarówno przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie trwania ubezpieczenia.

2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.

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

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

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

#### § 12

Rezygnacja z ubezpieczenia

#### 1.

Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z ubezpieczenia w każdym momencie jego trwania składając Ubezpieczycielowi odpowiednie oświadczenie. Za datę rezygnacji z ubezpieczenia przyjmuje się:

- a) dzień złożenia w Dyrekcji Generalnej Allianz poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego poprzez e-serwis lub
- b) dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o rezygnacji z ubezpieczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

#### 2.

W razie skorzystania z powyższego prawa w terminie 30 dni od daty wystawienia Certyfikatu, Ubezpieczyciel zwróci wartość rachunków jednostek, którą ustala się w oparciu o ceny jednostek z następnego dnia roboczego licząc od dnia rejestracji rezygnacji w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela. Rejestracja rezygnacji, o której mowa w zdaniu poprzednim, następuje:

- a) następnego dnia roboczego w przypadku rezygnacji złożonych za pośrednictwem Ubezpieczającego w e-serwis,
- b) nie później niż w terminie 3 dni roboczych od dnia wpływu poprawnie wypełnionej pisemnej dyspozycji do Dyrekcji Generalnej Allianz.

Wartość ta jest powiększana o opłaty wskazane w § 9 ust. 1, 2, 3 i pomniejszana o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Ubezpieczyciel jej udzielał.

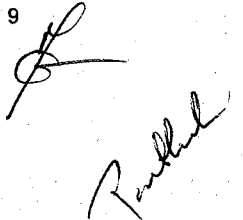
#### 3.

W razie skorzystania z prawa rezygnacji z ubezpieczenia po 30-tym dniu od daty wystawienia Certyfikatu, złożenie oświadczenia, o którym mowa w ust. 1 jest równoznaczne z wnioskiem o wykup. W tej sytuacji wartość wykupu uwzględnia zwrot pobranej przez Ubezpieczyciela opłaty za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

#### 4.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- b) z dniem doręczenia poprawnie wypełnionego wniosku o wykup do Dyrekcji Generalnej Allianz,
- c) z dniem, w którym wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunku podstawowym przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9,
- d) z dniem wskazanym w ust. 1.



B

§ 13

Zmiany w ubezpieczeniu

1.

Wszelkie zmiany w ubezpieczeniu oraz dyspozycje i oświadczenia związane z jego wykonaniem lub rezygnacją z niego wymagają:

- a) formy pisemnej, pod rygorem nieważności i powinny być zgłaszane na formularzach przygotowanych w tym celu przez Ubezpieczyciela lub
- b) złożenia dyspozycji w formie elektronicznej za pośrednictwem e-serwis, o ile s.w.u. przewidują taką możliwość.

Warunkiem koniecznym do korzystania z e-serwis przez Ubezpieczonego jest dodatkowo akceptacja przez Ubezpieczonego postanowień regulaminu określającego zasady świadczenia usług w tym zakresie.

2.

Ubezpieczony jest zobowiązany powiadamiać Ubezpieczyciela o zmianach danych osobowych zawartych w Certyfikacie, w tym adresu korespondencyjnego, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. Powyższa zasada ma również zastosowanie w przypadku zmiany adresu siedziby Ubezpieczyciela.

3.

Jeżeli w dniu wpływu dyspozycji, o której mowa w ust.1 lub w dniu jej rejestracji w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela, są inne dyspozycje danego Ubezpieczonego w trakcie realizacji uniemożliwiające wykonanie nowej dyspozycji, wówczas Ubezpieczyciel zrealizuje złożone dyspozycje według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy realizacji określone powyżej będą liczone począwszy od dnia następującego po dniu, w którym została zrealizowana poprzednia dyspozycja.

§ 14

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

Skargi lub zażalenia związane z ochroną ubezpieczeniową świadczoną przez Ubezpieczyciela na podstawie umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony do otrzymania świadczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Allianz. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi w terminie 14 dni. Niezależnie od powyższego trybu, skargi lub zażalenia mogą być wnoszone do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 15

Obowiązki Ubezpieczyciela

1.

Ubezpieczyciel w trakcie trwania umowy ma prawo dokonywać zmian warunków ubezpieczeniowych z zachowaniem trybu oraz warunków określonych w przepisach prawa.

2.

Ubezpieczyciel jest obowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu posiadanego Certyfikatu, w szczególności o wartości wykupu.

3.

Na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego Ubezpieczyciel nieodpłatnie udostępni informacje, o których mowa w ust. 2, oraz informacje o stanie rachunków jednostek.

§ 16

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych w s.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych przepisów prawa polskiego.

2.

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

Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku  
(kod produktu: DNW)

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie s.w.u.

2.

Warunki i terminy określone w s.w.u. stosuje się odpowiednio w dodatkowym ubezpieczeniu świadczonym na podstawie niniejszych warunków.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z ubezpieczeniem nadaje się następujące znaczenia:

- 1) Nieszczęśliwy wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
  - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
  - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego,
  - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
  - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 2) Suma na ryzyku – kwota, jaką Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Suma na ryzyku jest równa sumie ubezpieczenia określonej w § 3 ust. 2.
- 3) Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, stanowiąca integralną część ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Inwestycja na Plus. Platforma Inwestycyjno-Ubezpieczeniowa oraz rozszerzająca jego zakres.
- 4) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, jest nim śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, która ma miejsce w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

1.

Przedmiotem ochrony w ramach ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.

2.

1) Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia dodatkowego polega na powiększeniu świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku.

2) Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej to kwota wypłacana dodatkowo przez Ubezpieczyciela w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, równa niższej z wartości:

- a) 25% wartości środków zgromadzonych na rachunku podstawowym i rachunku swobodnego dostępu,
- b) 50 000 PLN.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
  - b) zaburzeń umysłu lub świadomości, udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek,
  - c) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
  - d) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
  - e) czynnego i biernego udziału Ubezpieczonego w wojnie, działaniach wojennych, konfliktach zbrojnych i zamachach stanu, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach i aktach terroru,
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe i motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską i skałkowa, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
  - g) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
  - h) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
  - i) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
  - j) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
  - k) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
  - l) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu), których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek oraz chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
  - m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone świadczenie z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego.

#### § 4.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego.

1.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego następuje wraz z przystąpieniem do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia.

2.

Ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest objęty Ubezpieczony, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 66 lat.

3.

Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego jest określony w Certyfikacie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia rocznicy ubezpieczenia poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 67 lat.

4.

Ubezpieczyciel w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej pobiera miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową w wysokości 1/12 promila sumy na ryzyku, zgodnie z § 9 s.w.u.

#### § 5

Wypłata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w terminie 7 dni pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
- 3) Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

## 2.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest dołączenie do druku zgłoszenia roszczenia następujących dokumentów:

- a) odpisu aktu zgonu lub jego kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Ubezpieczyciela,
- b) karty statystycznej zgonu lub zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajścia zdarzenia,
- c) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- d) opisu okoliczności wypadku,
- e) notatki policyjnej w przypadku zawiadomienia policji,
- f) prawa jazdy Ubezpieczonego i dowodu rejestracyjnego prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku samochodowego,
- g) orzeczenia kończącego postępowanie w sprawie – jeżeli prowadzone było postępowanie/ dochodzenie/ śledztwo,
- h) protokołu badania sekcyjnego w przypadku jego wykonania,
- i) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazanych przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

### § 6

Wygąśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

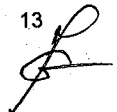
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

- a) w sytuacjach określonych w § 12 ust. 4 s.w.u.,
- b) z dniem dożycia Ubezpieczonego do rocznicy ubezpieczenia poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 67 lat.

### § 7

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych przepisów prawa.



Dodatkowe ubezpieczenie na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem (kod produktu: DCN)

## § 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie s.w.u.

2.

Warunki i terminy określone w s.w.u. stosuje się odpowiednio w dodatkowym ubezpieczeniu świadczonym na podstawie niniejszych warunków.

## § 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z ubezpieczeniem nadaje się następujące znaczenia:

1) Czasowa niezdolność do pracy – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem skutkujące pobytom Ubezpieczonego w szpitalu nieprzerwanie przez okres minimum 4 dni, w rezultacie którego Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej przez okres minimum 30 dni. Czasowa niezdolność do pracy musi być potwierdzona zwolnieniem lekarskim wystawionym przez lekarza szpitala, w którym Ubezpieczony przebywał.

2) Nieszczęśliwy wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:

- a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
- b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
- c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego,
- d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
- e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.

3) Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem, stanowiąca integralną część ubezpieczenia oraz rozszerzająca jego zakres.

4) Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego polegające na wystąpieniu u Ubezpieczonego czasowej niezdolności do pracy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony z tytułu ubezpieczenia dodatkowego.

## § 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

1.


Przedmiotem ochrony w ramach ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie ubezpieczenia dodatkowego polega na wypłacie świadczenia, na warunkach określonych poniżej.

3.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wynosi 3000 złotych. Z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości 500 zł za każdy okres czasowej niezdolności do pracy wynoszący pełne, trwające nieprzerwanie 30 dni, poświadczone zwolnieniem lekarskim, o którym mowa w § 2 pkt. 1.

  
Pawłowski

B

4.

Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w sytuacjach określonych w § 3 ust. 3 dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 4

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego

1.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego następuje wraz z przystąpieniem do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia.

2.

Czas trwania ubezpieczenia dodatkowego jest nieokreślony i jest tożsamy z czasem trwania ubezpieczenia.

3.

Ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest objęty Ubezpieczony, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 66 lat.

4.

Ubezpieczyciel w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej pobiera miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową w wysokości 5,00 zł, zgodnie z § 9 s.w.u. Z chwilą wypłaty świadczenia w wysokości równej sumie ubezpieczenia wygasa ochrona ubezpieczeniowa i obowiązek uiszczania opłaty.

§ 5

Wypłata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub inne osoby do tego uprawnione, są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w terminie 7 dni pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
- 3) Ubezpieczony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

2.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem jest dołączenie do druku zgłoszenia roszczenia następujących dokumentów:

- a) pełnej dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia i hospitalizacji Ubezpieczonego po wypadku, w tym potwierdzonej za zgodność z oryginałem kopii zwolnienia lekarskiego wraz z zaświadczeniem o diagnozie lekarskiej schorzenia, które stało się przyczyną zwolnienia.
- b) zaświadczenia o zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji,
- c) opisu okoliczności wypadku,
- d) notatki policyjnej w przypadku zawiadomienia policji,
- e) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- f) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazanych przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

3.

W razie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

4.

W razie zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego badaniom medycznym przez powołanego przez Ubezpieczyciela lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi.

Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Ubezpieczyciela.

Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania są przeprowadzane na koszt Ubezpieczyciela.

5.

Całkowita wysokość świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w trakcie trwania ubezpieczenia nie może przekroczyć sumy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wskazanej w Tabeli opłat i limitów.

6.

W razie uznania roszczenia przez Ubezpieczyciela i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

§ 6

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

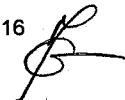
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

- a) w sytuacjach określonych w § 12 ust. 4 s.w.u.,
- b) z dniem dokonania wypłaty świadczenia w całkowitej wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 7

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych przepisów prawa.





Dodatkowe ubezpieczenie pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku  
(kod produktu: DPS)

§ 1  
Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie s.w.u.

2.

Warunki i terminy określone w s.w.u. stosuje się odpowiednio w dodatkowym ubezpieczeniu świadczonym na podstawie niniejszych warunków.

§ 2  
Definicje

Terminom używanym w niniejszych warunkach ubezpieczenia oraz innych dokumentach związanych z ubezpieczeniem nadaje się następujące znaczenia:

- 1) Gwarantowany okres przedłużania ubezpieczenia dodatkowego – okres wskazany w ubezpieczeniu dodatkowym, jednak nie dłuższy niż do rocznicy ubezpieczenia przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 70 lat, w którym istnieje możliwość przedłużania trwania ubezpieczenia dodatkowego na kolejne okresy roczne.
- 2) Nieszczęśliwy wypadek - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
  - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
  - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
  - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego,
  - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
  - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 3) Szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w wydziale zdrowia urzędu wojewódzkiego lub w innym organie uprawnionym do rejestrowania zakładów opieki zdrowotnej jako zakład lecznictwa zamkniętego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie oraz świadczenie przez wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską i lekarską całodobowej opieki medycznej. Za szpital w rozumieniu niniejszych s.w.u. nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), szpitala rehabilitacyjnego, sanatorium i uzdrowiska.
- 4) Świadczenie dzienne – kwota wypłacana za jeden pełny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, zgodnie z postanowieniami niniejszych warunków, wskazana w Tabeli opłat i limitów.
- 5) Ubezpieczenie dodatkowe - dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, stanowiąca integralną część ubezpieczenia oraz rozszerzająca jego zakres.
- 6) Zdarzenie ubezpieczeniowe - zdarzenie objęte ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego, polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych warunków ubezpieczenia.

§ 3  
Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

1.

Przedmiotem ochrony w ramach ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

1) Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela objęte jest zdarzenie ubezpieczeniowe polegające na pobycie Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku przez czas określony w niniejszych warunkach w celu leczenia doznanych obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego

wypadku. Z zastrzeżeniem, iż łączny czas pobytu Ubezpieczonego w szpitalu wystąpi w okresie ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Ubezpieczyciela i będzie trwał nie krócej niż 4 pełne dni.  
2) Maksymalna wysokość świadczenia Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły w roku polisowym, licząc od początku trwania ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do danego Ubezpieczonego, nie może przekroczyć świadczenia dziennego wskazanego w Tabeli opłat i limitów za 90 dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu.

3.

Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego w sytuacjach określonych w § 3 ust. 3 dodatkowego ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

4.

Niezależnie od innych postanowień Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było bezpośrednio lub pośrednio wynikiem:  
a) wad wrodzonych i schorzeń związanych z wadami wrodzonymi,  
b) chirurgii plastycznej lub kosmetycznej, z wyłączeniem likwidacji skutków nieszczęśliwych wypadków zaistniałych w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej,  
c) niezastosowania się do zaleceń lekarskich w przebiegu leczenia, co w konsekwencji doprowadziło do wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego,  
d) pobytu związanego z rehabilitacją niezależnie od charakteru placówki, w której leczenie to było prowadzone.

5.

Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do nieuwzględniania przy ustalaniu wysokości świadczenia, dni objętych przepustką w trakcie pobytu w szpitalu.

§ 4

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego

1.

Przystąpienie do ubezpieczenia dodatkowego następuje wraz z przystąpieniem do ubezpieczenia. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się wraz z rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia.

2.

1) Ubezpieczenie dodatkowe zawierane jest na okres 1 roku. Ubezpieczenie jest automatycznie przedłużane na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem przedłużania ubezpieczenia dodatkowego. Maksymalny możliwy czas trwania ubezpieczenia dodatkowego jest określony w Certyfikacie.

2) Ubezpieczenie dodatkowe ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczony lub Ubezpieczyciel nie złoży na 30 dni przed rocznicą ubezpieczenia pisemnego oświadczenia o nieprzedłużaniu ubezpieczenia dodatkowego.

3.

Czas trwania gwarantowanego okresu przedłużania ubezpieczenia dodatkowego jest określony czasem trwania ubezpieczenia jednak nie może być dłuższy niż do rocznicy ubezpieczenia przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 70 lat.

4.

Ochroną ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego jest objęty Ubezpieczony, który w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 66 lat.

5.

Ubezpieczyciel w okresie świadczenia ochrony ubezpieczeniowej pobiera miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową w wysokości 3,00 zł, zgodnie z § 9 s.w.u.

§ 5

Wypłata świadczenia

1.

1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony lub inne osoby do tego uprawnione, są zobowiązane do powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

2) Po zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel w terminie 7 dni pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

2) Ubezpieczony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Dyrekcji Generalnej Allianz.

2.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości iloczynu świadczenia dziennego i liczby dni pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, z zastrzeżeniem postanowień zawartych w § 3 ust. 2 pkt 2.

3.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku jest dołączenie do druku zgłoszenia roszczenia następujących dokumentów:

- a) karty informacyjnej/leczenia szpitalnego,
- b) opisu okoliczności wypadku,
- c) notatki policyjnej w przypadku zawiadomienia policji,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do świadczenia,
- e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazanych przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

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

4.

Świadczenie z tytułu niniejszego ubezpieczenia dodatkowego wypłacane jest Ubezpieczonemu w formie wypłaty jednorazowej.

5.

W razie uznania roszczenia przez Ubezpieczyciela i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie wchodzi do masy spadkowej po Ubezpieczonym.

§ 6

Wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:

- a) w sytuacjach określonych w § 12 ust. 4 s.w.u.,
- b) z dniem dożycia przez Ubezpieczonego do rocznicy ubezpieczenia poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 70 lat.

§ 7

Postanowienia końcowe

W sprawach nieuregulowanych w warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych przepisów prawa.

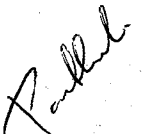
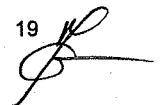


Tabela opłat i limitów grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym inwestycja na Plus. Platforma inwestycyjno-Ubezpieczeniowa

Tabela limitów ubezpieczenia

1. Suma ubezpieczenia	wyższa z wartości: a) suma wpłaconej składki podstawowej oraz składek doraźnych, pomniejszona o wartość dokonanych częściowych wykupów, b) wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu śmierci Ubezpieczonego
2. Minimalna wysokość składki podstawowej	5 000 zł
3. Minimalna wysokość składki doraźnej	1 000 zł
4. Minimalna kwota częściowego wykupu; - dla rachunku podstawowego - dla rachunku swobodnego dostępu	1 000 zł 1 000 zł
5. Minimalna wartość rachunku podstawowego po dokonaniu wykupu częściowego	5 000 zł

Tabela opłat

Lp.	Nazwa opłaty	Wysokość
1.	Oplata wstępna od składki podstawowej, w zależności od wysokości składki: do 24 999 zł 25 000 zł - 49 999 zł 50 000 zł - 99 999 zł 100 000 zł - 199 999 zł 200 000 zł - 299 999 zł 300 000 zł - 499 999 zł 500 000 zł - 999 999 zł od 1 000 000 zł	2% 1,85% 1,65% 1,35% 0,85% 0,55% 0,30% 0,10%
2.	Oplata wstępna od składki doraźnej, w zależności od wysokości składki: do 24 999 zł 25 000 zł - 49 999 zł 50 000 zł - 99 999 zł 100 000 zł - 199 999 zł 200 000 zł - 299 999 zł 300 000 zł - 499 999 zł 500 000 zł - 999 999 zł od 1 000 000 zł	2% 1,85% 1,65% 1,35% 0,85% 0,55% 0,30% 0,10%
3.	Oplata za administrowanie strategiami inwestycyjnymi (w skali roku): - dla rachunku podstawowego (wszystkie Fundusze) - dla rachunku swobodnego dostępu (wszystkie Fundusze)	1,9 % 1,9 %
4.	Oplata za wykup: - dla rachunku podstawowego	1. rok - 5 % 2. rok - 4 % 3. rok - 3 % 4. rok - 1 % 5. rok i lata następne - 0%

	- dla rachunku swobodnego dostępu	brak
5.	Oplata za częściowy wykup : - dla rachunku podstawowego (możliwy jeden w roku polisowym)	brak
	- dla rachunku swobodnego dostępu	brak
6.	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku - 1/12 ‰ sumy na ryzyku (sumy ubezpieczenia)	
7.	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego spłaty rachunków na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – 5,00 zł miesięcznie	
8.	Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową z tytułu ubezpieczenia dodatkowego pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku – 3,00 zł miesięcznie	

**Dodatkowa ochrona ubezpieczeniowa stanowiąca integralną część ubezpieczenia, wysokość świadczeń :**

Ubezpieczenia dodatkowe:	Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku	Suma ubezpieczenia równa niższej z wartości: 25% wartości środków zgromadzonych na rachunku podstawowym i rachunku swobodnego dostępu lub 50 000 zł
	Ubezpieczenie dodatkowe na wypadek czasowej niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem	Suma ubezpieczenia – 3 000 zł Maksymalnie 6 świadczeń po 500 zł
	Ubezpieczenie dodatkowe pobytu Ubezpieczonego w szpitalu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	Świadczenie dzienne – 50 zł. Maksymalna wysokość świadczenia w roku polisowym: 4500 zł za 90 dni pobytu w szpitalu

*[Signature]*  
*[Signature]*