

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ WZORCA UMOWY
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	<ul style="list-style-type: none"> – § 3 ust. 3 – § 10 ust. 10 – § 11 ust. 1 oraz ust. 3-4
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 ust. 4, uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 5)-7)
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrąca- ne ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	<ul style="list-style-type: none"> – § 9 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 27), wartości w wierszu nr 2 i 3 Tabeli opłat, wskazanej w załączniku nr 1 do OWU – Tabela opłat wskazana w załączniku nr 1 do OWU, – Tabela stawek za ryzyko śmierci wska- zana w załączniku nr 1 do OWU – § 9 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpie- czenia na życie z Ubezpieczeniowym Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczegól- nych okresach trwania ochrony ubezpieczenio- wej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 10 ust. 1-9 z uwzględnieniem definicji z § 2 pkt 35) i wartości w wierszu nr 2 i 3 Tabeli opłat, wskazanej w załączniku nr 1 do OWU

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli

§ 1.

Postanowienia ogólne

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli (zwane dalej: OWU) stosuje się w indywidualnych Umowach ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. z osobami fizycznymi – Klientami Centralnego Domu Maklerskiego Pekao S.A. (zwanego dalej: CDM), zwanych dalej Umowami lub zamiennie Umowami ubezpieczenia.

§ 2.

Definicje

Terminom używanym w OWU, załącznikach do OWU, Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Alokacja Składki** – procentowy podział Składki podstawowej lub odpowiednio Składki doraźnej pomiędzy wybrane Fundusze, w celu nabycia Jednostek tych Funduszy,
- 2) **CDM** – Centralny Dom Maklerski Pekao S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Wołoska 18, 02-675 Warszawa, wpisany pod numerem KRS: 0000024477 do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego; NIP: 521-26-54-772; wysokość kapitału zakładowego w pełni opłaconego: 56.331.898,00 złotych,
- 3) **Cena Jednostki** – wartość Jednostki, według której Ubezpieczyciel przelicza wpłacane Składki na Jednostki oraz dokonuje ich umorzenia,
- 4) **Centrala Allianz** – podstawową jednostką organizacyjną Ubezpieczyciela powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Ubezpieczyciela; adresem Centrali Allianz jest adres siedziby Ubezpieczyciela wskazany w Polisie,
- 5) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w aktach przemocy** – skierowanie przez Ubezpieczonego czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie w celu zmuszenia jej do poddania się woli Ubezpieczonego lub do określonego zachowania zgodnego z wolą Ubezpieczonego, przez co swoboda woli tej osoby zostaje ograniczona,
- 6) **Czynny i niezgodny z prawem udział Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach** – udział Ubezpieczonego w wydarzeniach zaistniałych na terenach objętych rozruchami lub zamieszkami w charakterze strony konfliktu bądź działalności Ubezpieczonego polegająca na dostarczeniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek,
- 7) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi,
- 8) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
- 9) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w Polisie, w którym Ubezpieczyciel rozpoczyna świadczenie ochrony ubezpieczeniowej,
- 10) **e-serwis** – portal internetowy Ubezpieczyciela, dostępny poprzez przeglądarkę internetową, umożliwiający składanie dyspozycji, o których mowa w OWU (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość),
- 11) **Fundusz (Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Ubezpieczyciela ulokowana na zasadach przewidzianych Regulaminem, tworzona ze Składek opłacanych w ramach zawartych Umów ubezpieczenia. Rodzajem Funduszu jest również Portfel Modelowy,
- 12) **Jednostki** – części o równej wartości, na które jest podzielony Fundusz,
- 13) **Karta Produktu** – dokument zawierający podstawowe informacje o ubezpieczeniu, w tym:
 - 1) cel i charakter umowy;
 - 2) wykaz przysługujących świadczeń z umowy oraz wykaz oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach umowy;
- 3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń;
- 4) określenie profilu ryzyka ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 5) rekomendowany minimalny okres trwania umowy wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 6) informację o ryzyku inwestycyjnym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje;
- 7) miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
- 14) **Klient CDM** – osoba fizyczna, która z CDM zawarła Umowę świadczenia usług maklerskich przez Centralny Dom Maklerski Pekao S.A. i jest zainteresowana zawarciem Umowy ubezpieczenia,
- 15) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej; pierwszy Miesiąc polisowy rozpoczyna się w Dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wskazanym w Polisie, każdy kolejny Miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym Dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej przypadającym w każdym kolejnym miesiącu kalendarzowym, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego; ostatni Miesiąc polisowy kończy się w dniu wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 16) **Osoba uprawniona** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego; jest nią Uposażony lub osoby wskazane w § 11 ust. 15,
- 17) **Polisa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo najistotniejsze warunki, na jakich została ona zawarta,
- 18) **Rachunek Jednostek** – odpowiednio Rachunek podstawowy lub Rachunek swobodnego dostępu,
- 19) **Rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki nabyte ze środków pochodzących ze Składki podstawowej,
- 20) **Rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki nabyte ze środków pochodzących ze Składek doraźnych,
- 21) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla Umowy ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli, stanowiący załącznik nr 2 do OWU, stanowiący jej integralną część, wskazujący zasady funkcjonowania Funduszy,
- 22) **Rocznica Polisy** – każda rocznica daty określonej w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, a jeżeli nie ma takiego dnia w danym roku – ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym przypada data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
- 23) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej Rocznic Polisy,
- 24) **Składka** – odpowiednio Składka podstawowa lub Składka doraźna,
- 25) **Składka doraźna** – Składka niezależna od Składki podstawowej, uiszczana dodatkowo i dobrowolnie na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy, za którą po wystawieniu Polisy nabywane są Jednostki lokowane na Rachunku swobodnego dostępu. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki doraźnej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 26) **Składka podstawowa** – Składka opłacana jednorazowo na wskazany przez Ubezpieczyciela Rachunek bankowy przy złożeniu Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona we Wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz potwierdzona w Polisie. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 27) **Suma na ryzyku** – odpowiada różnicy między wartością wpłaconych Składek pomniejszoną o kwotę dokonanych częściowych wykupów, a wartością Jednostek zewidencjonowanych na Rachunkach, nie mniejsza niż zero, stanowiąca podstawę do naliczenia opłaty za ochronę ubezpieczeniową,
- 28) **Tabela opłat i limitów** – tabela stanowiąca załącznik nr 1 do OWU, wskazująca wysokości opłat występujących w Umowie ubezpieczenia oraz limity poszczególnych wartości określonych w tej tabeli,
- 29) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca Klientem CDM, która na rachunek Ubezpieczonego, za jego zgodą, zawarła Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia Składki podstawowej,
- 30) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na własny rachunek, Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,

- 31) **Ubezpieczyciel** – TU Allianz Życie Polska S.A., z siedzibą w Warszawie, ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa, wpisana do rejestru przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS: 0000021971, NIP 527-17-54-073, REGON 012634451, wysokość kapitału zakładowego: 118630000 złotych (wplacony w całości), podmiot podlegający nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
- 32) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU,
- 33) **Umowa o świadczenie usług maklerskich** – umowa zawierana pomiędzy Klientem CDM, a CDM Pekao S.A. na warunkach określonych w Regulaminie świadczenia usług maklerskich przez Centralny Dom Maklerski Pekao S.A.,
- 34) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 35) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach przewidzianych w § 10, w przypadku rezygnacji przez Ubezpieczającego z Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 12 ust. 2,
- 36) **Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz Ubezpieczyciela, zawierający ofertę Ubezpieczającego zawarcia Umowy ubezpieczenia, określający wysokość Składki podstawowej oraz dyspozycje Alokacji Składki,
- 37) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia, polegające na śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania tej ochrony.

§ 3.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

- 1) Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
- 2) Obok zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego, celem Umowy ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
- 3) Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wyższej z dwóch wartości:
 - a) wartości Jednostek zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym oraz Rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych na zasadach określonych w Regulaminie lub
 - b) wartości wpłaconych Składek pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów,
 z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
- 4) W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - b) Czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, jak również przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi,
 - c) Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach,
 Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie równe wartości Jednostek liczonych jako iloczyn liczby Jednostek zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym i Rachunku dodatkowym w dniu śmierci Ubezpieczonego oraz Ceny Jednostek wyznaczonej na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 4.

Zawarcie Umowy ubezpieczenia

- 1) Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez Klienta CDM na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu złożenia Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat.
- 2) Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
- 3) Przed złożeniem przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dostarcza Ubezpieczającemu tekst OWU wraz z załącznikami oraz Kartę Produktu.
- 4) Umowa jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty zawarcia Umowy oraz przyjęcia tej oferty przez Ubezpieczyciela. Oferta składana jest na formularzu Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia udostępnionym przez Ubezpieczyciela, wypełnionym i podpisanym przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego (jeżeli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym).
- 5) Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia przekazywany jest przez CDM do Centrali Allianz.
- 6) Ubezpieczyciel, w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, wystawia Polisę, która potwierdza objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

- 7) Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 8) Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zaakceptowaniu ryzyka i zawarciu Umowy ubezpieczenia doręczając Ubezpieczającemu Polisę.
- 9) Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki podstawowej.
- 10) Na podstawie informacji uzyskanych przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy, w tym danych wynikających z Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia. Decyzję, o której mowa w zdaniu powyższym, Ubezpieczyciel podejmie w terminie 7 Dni roboczych licząc od dnia otrzymania Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 11) W przypadku odmowy, o której mowa w ust. 10, Ubezpieczyciel zwróci wpłaconą Składkę (podstawową oraz doraźną) w terminie do 5 Dni roboczych od daty podjęcia decyzji o odmowie i poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego.
- 12) Umowa nie dochodzi do skutku, jeżeli Składka podstawowa została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5.

Składka podstawowa i Rachunek podstawowy

- 1) Wpłata na poczet Składki podstawowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela następuje najpóźniej następnego Dnia roboczego po dniu złożenia przez Ubezpieczającego Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 2) Składkę podstawową uznaje się za wpłaconą w dniu, w którym wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
- 3) Kwota Składki podstawowej powinna być zgodna z kwotą Składki podstawowej zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki podstawowej określona w Tabeli opłat i limitów.
- 4) W przypadku nie wpłynięcia Składki podstawowej na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy w terminie 5 Dni roboczych od dnia złożenia Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową. Postanowienia zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do wpłaty Składki podstawowej w niepełnej wysokości.
- 5) Ubezpieczyciel w terminie 5 Dni roboczych od dnia nieterminowej wpłaty Składki podstawowej, o której mowa w ust. 4, dokona zwrotu tej wpłaty na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek inwestycyjny w CDM lub rachunek bankowy, jeżeli taka wpłata została dokonana na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- 6) W przypadku wpłaty kwoty wyższej niż kwota Składki podstawowej określona we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel zwróci nadwyżkę na rachunek bankowy lub rachunek inwestycyjny w CDM wskazany przez Ubezpieczającego, w terminie 5 Dni roboczych od dnia wpłaty.
- 7) Po zarejestrowaniu wpłaty Składki podstawowej w niepełnej wysokości oraz upływie terminu, o którym mowa w ust. 4, w którym Ubezpieczyciel oczekuje na dopłatę do pełnej wysokości Składki podstawowej, w razie jej braku Ubezpieczyciel dokona zwrotu wpłaconej kwoty w terminie 5 Dni roboczych liczonych od upływu terminu, o którym mowa w ust. 4, a następnie poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego.
- 8) Składka podstawowa podlega Alokacji Składki zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i po przeliczeniu na Jednostki ewidencjonowana jest na Rachunku podstawowym.
- 9) Ubezpieczyciel przeznacza na nabycie Jednostek całą kwotę wpłaconej Składki podstawowej.
- 10) Liczbę Jednostek danego Funduszu, nabywanych z wpłaconej Składki podstawowej, ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie Jednostek danego Funduszu przez cenę Jednostki tego Funduszu w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 6.

Składki doraźne i Rachunek swobodnego dostępu

- 1) W każdym czasie po złożeniu Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, niezależnie od wpłaty Składki podstawowej, Ubezpieczający może dokonywać wpłat Składek doraźnych.
- 2) Wysokość Składki doraźnej jest dowolna, jednak nie może ona być niższa od minimalnej Składki doraźnej określonej w Tabeli opłat i limitów.
- 3) Datą zapłaty Składki doraźnej jest dzień wpływu tej Składki, w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość Składki doraźnej, na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy.
- 4) W przypadku odnotowania wpłaty Składki w wysokości niższej niż minimalna, Ubezpieczyciel zwróci na wskazany przez Ubezpieczającego rachunek inwestycyjny w CDM lub rachunek bankowy wpłaconą kwotę

- w terminie 5 Dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
- 5) Składka doraźna podlega Alokacji Składki zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w dyspozycji zmiany Alokacji Składki i po przeliczeniu na Jednostki ewidencjonowana jest na Rachunku swobodnego dostępu.
 - 6) Ubezpieczyciel przeznaczają na nabycie Jednostek całą kwotę Składki doraźnej.
 - 7) Liczbę Jednostek nabywanych z wpłaconej Składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie Jednostek danego Funduszu przez Cenę Jednostki tego Funduszu w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 7.

Alokacja Składki i Przeniesienie środków

- 1) Ubezpieczający składa dyspozycję Alokacji Składki podstawowej oraz Alokacji Składki doraźnej we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma prawo w ramach jednej Umowy ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w które będą inwestowane Składki.
- 2) Dyspozycja Alokacji Składki dla danego Rachunku Jednostek powinna być określona procentowo z dokładnością do 1% i stanowić łącznie 100%, z zastrzeżeniem, że udział procentowy Składki lokowanej w jeden Fundusz nie może być mniejszy niż 10%.
- 3) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej Składki doraźnej (tzw. zmiana Alokacji Składki), z zastrzeżeniem postanowień ust. 2. Zmiana Alokacji Składki doraźnej jest realizowana na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem CDM, bądź wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem CDM lub samodzielnie), lub też za pośrednictwem infolinii Allianz.
- 4) Zmiana Alokacji Składki nie zostanie zrealizowana, jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, co uniemożliwia jej realizację.
- 5) Zmiana Alokacji Składki doraźnej następuje w ciągu:
 - a) 5 Dni roboczych, licząc od dnia wpływu dyspozycji Ubezpieczającego do Centrali Allianz, jeśli wysyłana jest ona na adres Centrali Allianz lub składana bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz, albo licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis lub infolinii Allianz,
 - b) 8 Dni roboczych, licząc od dnia złożenia dyspozycji Ubezpieczającego w CDM.
 i ma zastosowanie do Składek, które zostaną zapłacone po dniu realizacji zmiany.
- 6) Za realizację dyspozycji zmiany Alokacji Składki doraźnej Ubezpieczyciel pobiera opłatę transakcyjną w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów i na zasadach określonych w § 9 ust. 4.
- 7) Ubezpieczający, w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia, może przetransferować środki w ramach danego Rachunku Jednostek między dostępnymi Funduszami (tzw. Przeniesienie środków). Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego i odbywa się poprzez umorzenie Jednostek wskazanego Funduszu i nabycie (ze środków uzyskanych z umorzenia) Jednostek innego lub innych wskazanych Funduszy w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem CDM, bądź wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem CDM lub samodzielnie), lub też za pośrednictwem infolinii Allianz.
- 8) Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane, jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, co uniemożliwia jej realizację.
- 9) Przeniesienie środków realizowane jest w terminie określonym w Regulaminie.
- 10) Za realizację dyspozycji Przeniesienia środków Ubezpieczyciel pobiera opłatę transakcyjną w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów i na zasadach określonych w § 9 ust. 4.

§ 8.

Fundusze

- 1) Składka podstawowa i Składki doraźne wpłacane przez Ubezpieczającego inwestowane są w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe, tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, OWU oraz Regulaminie.
- 2) Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych Jednostkach.
- 3) Ubezpieczyciel dla każdej Umowy ubezpieczenia prowadzi Rachunki Jednostek, na których są ewidencjonowane Jednostki poszczególnych Funduszy nabywane za alokowane Składki.

- 4) Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym.
- 5) Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłaconych Składek w Jednostki poszczególnych Funduszy ponosi Ubezpieczający. Szczegółowy opis ryzyka inwestycyjnego wskazano w Regulaminie.

§ 9.

Opłaty

W czasie trwania Umowy ubezpieczenia pobierane są następujące opłaty:

- 1) **opłata za ochronę ubezpieczeniową** – opłata pobierana za czas świadczenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, obliczana jako iloczyn Sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, ustalonej na podstawie aktualnego w danym Miesiącu polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu Tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli opłat i limitów.
Opłata za ochronę ubezpieczeniową pobierana jest w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, z Rachunku podstawowego lub Rachunku swobodnego dostępu w przypadku braku wystarczających środków na Rachunku podstawowym, za każdy Miesiąc polisowy z góry, pierwszego dnia danego Miesiąca polisowego, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości Rachunku, według Cen Jednostek w dniu pobrania opłaty. W razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia na zasadach przewidzianych w niniejszych OWU, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot pobranej z góry opłaty za ochronę ubezpieczeniową za okres, w którym Ubezpieczyciel jej nie świadczył.
- 2) **opłata administracyjna** – opłata za administrowanie Funduszami, pokrywająca również koszty Ubezpieczyciela związane z zawarciem i obsługą Umowy, z zastrzeżeniem ust. 4. Opłata administracyjna określona jest jako procent średniego stanu liczby Jednostek Funduszu na danym Rachunku za dany Miesiąc polisowy, pobierana w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów. Średni stan liczby Jednostek Funduszu na danym Rachunku liczony jest jako suma liczby Jednostek w każdym dniu Miesiąca polisowego, podzielona przez liczbę dni w tym miesiącu. Opłata administracyjna jest pobierana w pierwszym dniu każdego Miesiąca polisowego, za miesiąc poprzedni z dołu, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek z Funduszu na danym Rachunku Jednostek.
Opłata pobierana jest proporcjonalnie z Funduszy, w których Jednostki uczestnictwa posiada Ubezpieczający. W razie Przeniesienia środków, częściowego wykupu Polisy lub rozwiązania (Umowy ubezpieczenia (za wyjątkiem odstąpienia, o którym mowa w §12 ust. 2), Ubezpieczyciel – odpowiednio przed Przeniesieniem środków, częściowym wykupem lub rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia (za wyjątkiem odstąpienia, o którym mowa w §12 ust. 2), pobierze część opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rejestracji danej operacji
- 3) **opłata za wykup / częściowy wykup** – opłata w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent środków pochodzących z umarżanych Jednostek, zgodnie z trybem określonym w § 10, uwzględniająca koszty Ubezpieczyciela pobierane w związku z wykupem / częściowym wykupem w poszczególnych latach trwania Umowy ubezpieczenia, na które składają się koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, jej obsługą, jej rozwiązaniem oraz realizacją wykupu / częściowego wykupu;
Z niniejszej opłaty są pokrywane jedynie te koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia i jej obsługą, które nie zostały pokryte w ramach innych opłat wskazanych w niniejszym paragrafie.
- 4) **opłata transakcyjna** – wartość określona kwotowo i pobierana za realizację dyspozycji Przeniesienia środków lub zmiany Alokacji Składki ponad bezpłatne limity wskazane w Tabeli opłat i limitów.
Opłata transakcyjna za realizację dyspozycji Przeniesienia środków pobierana jest kwotowo od wartości umorzonych Jednostek Funduszu, z którego dokonywane jest Przeniesienie środków.
Opłata transakcyjna za zmianę Alokacji Składki pobierana jest w dniu realizacji dyspozycji poprzez umorzenie Jednostek z Rachunku, którego zmiana Alokacji dotyczy, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości Rachunku. Liczba umarżanych Jednostek wynika z podzielenia kwoty opłaty przez Cenę Jednostki z dnia realizacji dyspozycji.

§ 10.

Wykup i częściowy wykup

- 1) W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu.
- 2) Wykup lub częściowy wykup może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Ubezpieczyciela odpowiednio Wartości wykupu lub części wartości Jednostek zewidencjonowanych na danym Rachunku Jednostek, na zasadach określonych

- poniżej. Ubezpieczający składa wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej za pośrednictwem CDM lub wysyłając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz.
- 3) Wykup polega na umorzeniu wszystkich Jednostek w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Wartość wykupu odpowiada wartości Jednostek zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym oraz Rachunku swobodnego dostępu, pomniejszych o opłatę za wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.
 - 4) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż od dnia zakupu Jednostek za Składkę podstawową po wystawieniu Polisy.
 - 5) Częściowy wykup polega na umorzeniu z właściwego Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego, w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie. Wartość częściowego wykupu odpowiada wartości Jednostek wskazanych przez Ubezpieczającego we wniosku o częściowy wykup, pomniejszych o opłatę za częściowy wykup wskazaną w Tabeli opłat i limitów.
 - 6) Szacowana kwota częściowego wykupu określana jest jako iloczyn wskazanej przez Ubezpieczającego liczby Jednostek wskazanych Funduszy i Ceny tych Jednostek z dnia rejestracji operacji częściowego wykupu w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela. Szacowana kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć Wartości wykupu.
 - 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 jest wskazania Funduszy, z których mają być wycofane środki, Ubezpieczyciel dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych Funduszach.
 - 9) W sytuacji gdy nie zostanie spełniony warunek określony w ust. 7 powyżej, Ubezpieczyciel wycofa Jednostki z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.
 - 10) Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela Wartości wykupu lub częściowego wykupu jest wypełniony wniosek o wykup / częściowy wykup.
 - 11) Kwota należna z tytułu wykupu lub częściowego wykupu skutkującego umorzeniem Jednostek zgodnie z ust. 3 oraz 5 zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego rachunek inwestycyjny w CDM lub rachunek bankowy, lub w inny sposób z nim uzgodniony w terminie nie późniejszym niż:
 - a) 9 Dni roboczych od daty wpływu wniosku, o którym mowa w ust. 10, do Centrali Allianz, jeśli wysłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz;
 - b) 11 Dni roboczych od daty złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 10, w CDM.

§ 11.

Wypłata świadczeń

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego należy powiadomić Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego mogą zgłosić również spadkobiercy Ubezpieczonego. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.
- 2) Po zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w terminie 7 dni kalendarzowych, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia wskazując równocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego postępowania.
- 3) Osoba zgłaszająca roszczenie powinna wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela.
- 4) Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia posiadane dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą:
 - a) odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) dokument potwierdzający tożsamość Osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,
 - c) inne dokumenty niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela wskazane przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu 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.
- 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.
- 6) Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w ciągu 30 dni, licząc od daty zawiadomienia go o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel powinien spełnić w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 7) Jeśli w terminie 30 dni, licząc od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia on na piśmie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia Jej roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia
- 8) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym na piśmie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawierać będzie pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
- 9) W razie odmowy wypłaty świadczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Wartość wykupu. Umorzenie Jednostek z tytułu wykupu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, następuje w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.
- 10) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako Osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, może też to wskazanie zmienić w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
- 11) Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Ubezpieczyciela.
- 12) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.
- 13) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 14) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w ust. 13, lub też utraty przez niego prawa do świadczenia, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej temu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z dyspozycji Ubezpieczonego.
- 15) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak jest 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) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

§ 12.

Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia

- 1) Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Ubezpieczyciel nie poinformował Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie
- 2) Niezależnie od prawa, o którym mowa w ust. 1:
 - a) Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o odstąpieniu, w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 15 ust. 2,
 - b) Ubezpieczony, w przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek może wystąpić z umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od tej Umowy składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy zgodnie z § 16 ust. 3 rocznej informacji, o której mowa w § 15 ust. 2.

- 3) W razie skorzystania z prawa odstąpienia, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel w terminie:
 - a) 9 Dni roboczych od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu do Centrali Allianz, jeśli wysłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz;
 - b) 11 Dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu w CDM,
 zwróci Ubezpieczającemu wartość Rachunków Jednostek, którą ustala się w oparciu o Ceny Jednostek w terminach określonych w Regulaminie:
 - a) powiększoną o Oplatę administracyjną, wskazaną w § 9,
 - b) i powiększoną o proporcjonalną część pobranej z góry Oplaty za ochronę ubezpieczeniową, wskazanej w § 9, za okres w którym Ubezpieczyciel jej nie świadczył.
 Za datę odstąpienia od Umowy przyjmuje się dzień wpływu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Ubezpieczyciela.
- 4) W przypadku odstąpienia lub wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, Ubezpieczyciel, w terminie:
 - a) 9 Dni roboczych od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu do Centrali Allianz, jeśli wysłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz;
 - b) 11 Dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu w CDM, wypłaca Ubezpieczającemu wartość jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych według stanu na dzień otrzymania informacji o odstąpieniu od Umowy, powiększoną o proporcjonalną część pobranej z góry Oplaty za ochronę ubezpieczeniową, wskazanej w § 9, za okres w którym Ubezpieczyciel jej nie świadczył. Jeżeli Ubezpieczony finansował koszt składki ubezpieczeniowej, Ubezpieczający niezwłocznie zwraca Ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez Ubezpieczyciela.
- 5) Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie, składając Ubezpieczycielowi oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 6) Wypowiedzenie Umowy jest równoznaczne z wnioskiem o wykup z Polisy. Wykup z Polisy realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 1-3.
- 7) Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wpływu wypełnionego wniosku o wykup do Ubezpieczyciela,
 - c) w którym wartość Jednostek zewidencjonowanych na Rachunkach Jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9,
 - d) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 1 i ust. 2 lit. a),
 - e) złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 5 i 6,
 - f) wystąpienia z Umowy przez Ubezpieczonego, na zasadach określonych w ust. 2 lit. b).

§ 13.

Zasady dokonywania zmian w Umowie ubezpieczenia oraz składania oświadczeń w trakcie Umowy ubezpieczenia

- 1) Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia oraz dyspozycje i oświadczenia związane z jej wykonaniem lub jej rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz z zastrzeżeniem pozostałych postanowień OWU, dopuszczających inną formę niż pisemna.
- 2) Jeżeli Ubezpieczyciel udostępni Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu możliwość komunikacji drogą telefoniczną lub elektroniczną (w tym za pośrednictwem e-serwis), zmiany Umowy lub oświadczenia związane z jej wykonywaniem, wskazane w regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość oraz udostępnione Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu, mogą na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego mieć formę inną niż pisemna.
- 3) Jeżeli w dniu wpływu dyspozycji lub oświadczeń Ubezpieczającego, o których mowa w ust. 1, dotyczących wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, Przeniesienia środków, wykupu lub częściowego wykupu, istnieją inne dyspozycje lub oświadczenia Ubezpieczającego w trakcie realizacji, uniemożliwiające wykonanie nowych dyspozycji lub oświadczeń, wówczas Ubezpieczyciel zrealizuje złożone dyspozycje lub oświadczenia według kolejności ich wpływu. W takiej sytuacji terminy realizacji określone w Regulaminie oraz OWU ulegają wydłużeniu i będą liczone począwszy od dnia, w którym upłynął termin realizacji poprzedniej dyspozycji lub oświadczenia.
- 4) Ubezpieczający, Ubezpieczony i Ubezpieczyciel są zobowiązani informować się wzajemnie o każdej zmianie adresu, a w przypadku Ubezpieczającego i Ubezpieczonego również o każdej zmianie danych osobowych.

§ 14.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

Reklamacja związana ze świadczonymi przez Ubezpieczyciela usługami może zostać złożona w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej

klientów oraz w siedzibie Ubezpieczyciela (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów lub w siedzibie Ubezpieczyciela, albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe oraz za pośrednictwem kuriera lub posłańca,
- ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224) albo osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w jednostce Ubezpieczyciela obsługującej klientów lub w siedzibie Ubezpieczyciela,
- w formie elektronicznej – za pośrednictwem formularza udostępnionego na stronie www.allianz.pl lub za pomocą poczty elektronicznej na adres skargi@allianz.pl.

Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest zarząd Ubezpieczyciela lub osoba upoważniona przez Ubezpieczyciela.

Rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi nastąpi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Do zachowania ww. terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi do klienta przed jego upływem. W szczególnie skomplikowanych przypadkach uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w ciągu 30 dni, termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi może zostać wydłużony do 60 dni od dnia otrzymania reklamacji. Informacją do klienta z przewidywanym terminem rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi wskazywać będzie przyczynę opóźnienia oraz okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy.

Odpowiedź na reklamację będzie udzielona w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, z zastrzeżeniem, że odpowiedź może być dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek klienta. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania reklamacji znajdują się na stronie www.allianz.pl oraz w jednostkach Ubezpieczyciela obsługujących klientów.

Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

§ 15.

Obowiązki informacyjne Ubezpieczyciela

- 1) Przed wyrażeniem przez strony Umowy ubezpieczenia zgody na zmianę warunków Umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy. Informacje, o których mowa wyżej Ubezpieczyciel może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
- 2) Ubezpieczyciel na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem ust. 3, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, a także o Wartości wykupu ubezpieczenia. Informacje, o których mowa wyżej Ubezpieczyciel może, za zgodą Ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.
- 3) Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informacje, o których mowa w ust. 2 po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy.
- 4) Poza obowiązkiem, o którym mowa w ust. 2, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel w dowolnym momencie udostępni informacje, o których mowa w ust. 2, oraz informacje o stanie Rachunków Jednostek.

§ 16.

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

- 1) W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informację, o których mowa w § 2 pkt. 13.
- 2) Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.
- 3) W przypadku Umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informacje określone w § 15 ust. 1–2. Informacje te Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia – w przypadku informacji, o których mowa w § 15 ust. 1;
 - b) niezwłocznie po ich przekazaniu przez Ubezpieczyciela Ubezpieczającemu – w przypadku informacji, o których mowa w § 15 ust. 2.

- 4) Ubezpieczyciel, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje określone § 15 w ust. 1–2.

§ 17.

Postanowienia końcowe

- 1) Przy wykonywaniu Umowy ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego oraz innych obowiązujących przepisów prawa polskiego.
- 2) Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w tym Osoby uprawnionej.
 - b. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia
- 3) Jeżeli roszczenia Osób uprawnionych z tytułu umów ubezpieczenia na życie nie mogą być pokryte przez Ubezpieczyciela z powodu:
 - a) upadłości Ubezpieczyciela,
 - b) oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczyciela lub umorzenia postępowania upadłościowego, gdy majątek Ubezpieczyciela nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego,
 - c) zarządzenia likwidacji przymusowej Ubezpieczyciela,gwarantowane są świadczenia dla osób fizycznych w wysokości 50% wierzytelności, do kwoty nie większej niż równowartość w złotych 30 000 euro według średniego kursu ogłaszanego przez Narodowy Bank

Polski obowiązującego w dniu ogłoszenia upadłości, oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego albo w dniu zarządzenia likwidacji przymusowej.

- 4) Wypłatami świadczeń, o których mowa w ust. 3, zajmuje się Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny.
- 5) Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej Ubezpieczyciela jest dostępne na stronie internetowej www.allianz.pl/sprawozdania-finansowe oraz w siedzibie Ubezpieczyciela.
- 6) Niniejsze warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 209/2015 z dnia 8 grudnia 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 18 grudnia 2015 roku.

§ 18.

Załączniki do OWU

Lista załączników:

- a) Załącznik nr 1 – Tabela opłat i limitów dla ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli
- b) Załącznik nr 2 – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Strategia Aktywnych Portfeli



Veit Stutz
Prezes Zarządu



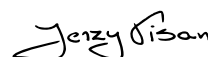
Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Krzysztof Szypuła
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Visan
Wiceprezes Zarządu