

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium

§ 1 Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium (zwane dalej: OWU) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. i Klientów Banku Pekao S.A., zwanych dalej Umowami lub zamiennie Umowami ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

Terminom używanym w OWU, Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, Polisie oraz wszelkich innych dokumentach stanowiących integralną część Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium nadaje się następujące znaczenia:

- 1) **Alokacja Składki** – procentowy podział Składki podstawowej lub odpowiednio Składki doraźnej pomiędzy wybrane Fundusze, w celu nabycia Jednostek uczestnictwa tych Funduszy,
- 2) **Bank Polska Kasa Opieki Spółka Akcyjna (Bank)** – agent ubezpieczeniowy (przedstawiciel Ubezpieczyciela) działający na rzecz i w imieniu Ubezpieczyciela na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego,
- 3) **Cena Jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, według której Ubezpieczyciel przelicza wpłacane Składki na Jednostki uczestnictwa oraz dokonuje ich umorzenia,
- 4) **Centrala Allianz** – podstawową jednostką organizacyjną Ubezpieczyciela powołaną 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 działalność Ubezpieczonego polegająca na dostarczaniu, przewożeniu systemów, wyposażenia, urządzeń, pojazdów, broni lub innych materiałów wykorzystywanych podczas rozruchów lub zamieszek,
- 7) **Czynny udział Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego** – udział Ubezpieczonego w ruchach wojsk, walkach zbrojnych (lądowych, morskich lub powietrznych) toczących się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi lub etnicznymi,
- 8) **Doradca** – pracownik Banku, wykonujący czynności agencyjne w imieniu Banku, odpowiedzialny za bezpośrednią, merytoryczną obsługę Klientów Banku wpisany w rejestrze agentów ubezpieczeniowych Komisji Nadzoru Finansowego,
- 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 1 dm³,
- 10) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy,
- 11) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień wskazany w Polisie, w którym Ubezpieczyciel rozpoczyna świadczenie ochrony ubezpieczeniowej,
- 12) **e-serwis** – portal internetowy Ubezpieczyciela, dostępny poprzez przeglądarkę internetową, umożliwiającą składanie określonych w OWU dyspozycji (o ile udostępniono możliwość składania danych dyspozycji za pośrednictwem środków porozumienia się na odległość),
- 13) **Fundusz (Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy)** – wydzielona rachunkowo część aktywów Ubezpieczyciela ulokowana na zasadach przewidzianych Regulaminem, tworzona ze Składek opłacanych w ramach zawartych Umów ubezpieczenia. Rodzajem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego jest również Portfel modelowy; pełna lista dostępnych w ramach Umowy ubezpieczenia Funduszy znajduje się w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Portfeli Modelowych,
- 14) **Jednostki uczestnictwa (Jednostki)** – części o równej wartości, na które jest podzielony Fundusz,
- 15) **Karta Produktu** – dokument zawierający podstawowe informacje o ubezpieczeniu: zasadach inwestycji, świadczeniach, opłatach i ryzykach związanych z inwestowaniem w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe,
- 16) **Klient Banku** – osoba fizyczna korzystająca z usług Banku, która jest zainteresowana zawarciem Umowy ubezpieczenia (jako osoba fizyczna, a nie w związku z prowadzoną przez siebie działalnością gospodarczą),
- 17) **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,
- 18) **Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU)** – dokument określający przedmiot i zakres Umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium, sposób zawierania Umowy, ryzyka i czas ochrony ubezpieczeniowej, wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, prawa i obowiązki stron Umowy, sposób ustalania wysokości oraz tryb wypłaty świadczeń,
- 19) **Opłata wstępna** – wartość, której maksymalna wysokość jest wskazana w Tabeli opłat i limitów, a dokładna wysokość jest wskazana w Polisie, określona jako procent wpłaconej Składki podstawowej oraz Składki doraźnej, pobierana na zasadach określonych w § 9,
- 20) **Opłata administracyjna** – wartość wskazana w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent średniego stanu liczby Jednostek funduszu na danym rachunku za dany Miesiąc polisowy, pobierana na zasadach określonych w § 9,
- 21) **Opłata za ochronę ubezpieczeniową** – kwota zależna od wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku oraz od wysokości Sumy na ryzyku oraz miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, pobierana na zasadach określonych w § 9,
- 22) **Osoba uprawniona** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego; jest nią Uposażony lub osoby wskazane w § 11 ust. 3 pkt 3,
- 23) **Polisa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo najistotniejsze warunki, na jakich została ona zawarta,
- 24) **Portfel modelowy** – Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy, którego aktywa inwestowane są w zestaw Jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych konstruowany i zarządzany przez profesjonalny podmiot (Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych Allianz Polska S.A.), działający na podstawie odpowiedniego zezwolenia organu nadzoru. Zarządzanie portfelem modelowym odbywa się na podstawie umowy o zarządzanie portfelami, w skład których wchodzi jeden lub większa liczba instrumentów finansowych. Zasady funkcjonowania Portfeli modelowych określa Regulamin Portfeli Modelowych,
- 25) **Przyczyna zewnętrzna** – zdarzenie pochodzące spoza organizmu Ubezpieczonego, które było wyłącznym czynnikiem doprowadzającym do wystąpienia obrażeń ciała Ubezpieczonego polegające na oddziaływaniu na ciało Ubezpieczonego:
 - energii kinetycznej – czynników mechanicznych powodujących obrażenia w postaci urazów, uderzeń, czynników grawitacyjnych powodujących obrażenia ciała w postaci upadków,
 - energii termicznej lub elektrycznej – czynników powodujących obrażenia w postaci oparzeń,
 - czynników chemicznych powodujących obrażenia w postaci oparzeń lub zatruc,
 - czynników akustycznych powodujących obrażenia w postaci urazów akustycznych;
 jednocześnie zastrzega się, iż stres lub przeżycia Ubezpieczonego nie są Przyczyną zewnętrzną według OWU.
- 26) **Rachunek Jednostek** – odpowiednio Rachunek podstawowy lub Rachunek swobodnego dostępu,

- 27) **Rachunek podstawowy** – rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze Składek podstawowych,
- 28) **Rachunek swobodnego dostępu** – rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa nabyte ze środków pochodzących ze Składek doraźnych,
- 29) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium lub Regulamin Portfeli Modelowych dla ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium, stanowiące Załączniki nr 2 i 3 do OWU, będące ich integralną częścią, wskazujące zasady funkcjonowania Funduszy,
- 30) **Rok polisowy** – 12 miesięcy od daty określonej w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej oraz od każdej Rocznicy Polisy,
- 31) **Rocznicza 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,
- 32) **Składka** – odpowiednio Składka podstawowa lub Składka doraźna,
- 33) **Składka doraźna** – Składka podstawowa od Składki podstawowej, uiszczana dodatkowo i dobrowolnie na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy, za którą po wystawieniu Polisy nabywane są Jednostki uczestnictwa lokowane na Rachunku swobodnego dostępu. Jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki doraźnej określona w Tabeli opłat i limitów,
- 34) **Składka podstawowa** – Składka opłacana jednorazowo 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,
- 35) **Suma na ryzyku** – Suma ubezpieczenia w wysokości 2 000 zł, z zastrzeżeniem postanowień zdania następnego. Jeżeli Ubezpieczony nie ma ukończonych 70 lat, a ponadto różnica pomiędzy wartością wpłaconych Składek pomniejszona o kwotę dokonanych częściowych wykupów, a wartością Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunkach Jednostek jest dodatnia, wówczas Suma na ryzyku zostaje powiększona o wartość tej różnicy. Jeżeli Ubezpieczony ukończył 70 lat, różnica, o której mowa w zdaniu poprzednim, nie jest uwzględniana w Sumie na ryzyku i nie ma wpływu na wysokość pobieranej opłaty za ochronę ubezpieczeniową.
- 36) **Suma ubezpieczenia** – określona w Tabeli opłat i limitów oraz w Polisie kwota gwarantowana przez Ubezpieczyciela na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- 37) **Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku** – określona w Tabeli opłat i limitów oraz w Polisie kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku,
- 38) **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,
- 39) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna będąca Klientem Banku, która na rachunek Ubezpieczonego, za jego zgodą, zawarła Umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacenia Składki podstawowej,
- 40) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową. W przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia na własny rachunek, Ubezpieczający i Ubezpieczony jest tą samą osobą,
- 41) **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: 118 630 000 złotych (wpłacony w całości), podmiot podlegający nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego,
- 42) **Umowa ubezpieczenia (Umowa)** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie OWU,
- 43) **Uposażony** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- 44) **Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – formularz Ubezpieczyciela, zawierający ofertę Ubezpieczającego zawarcia Umowy ubezpieczenia, określający wysokość Składki podstawowej oraz dyspozycje Alokacji Składki,
- 45) **Wartość całkowitego/częściowego wykupu** – kwota wypłacana przez Ubezpieczyciela w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w § 10,
- 46) **Wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
- jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
 - jest wywołane Przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
 - nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego,

- było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
 - skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie,
- 47) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną z tytułu Umowy ubezpieczenia, polegające na śmierci Ubezpieczonego lub śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w trakcie trwania tej ochrony.

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Obok zapewnienia ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci Ubezpieczonego, celem Umowy ubezpieczenia jest gromadzenie i inwestowanie środków finansowych w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.

2.

Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego nie miał ukończonych 70 lat, wówczas z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia oraz wyższej z dwóch wartości:

- wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym oraz Rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych na zasadach określonych w Regulaminie,
 - wartości wpłaconych Składek pomniejszonej o wartość dokonanych częściowych wykupów,
- z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 oraz uwzględnieniem ust. 5.

3.

Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego miał ukończone 70 lat, wówczas z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia oraz wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym oraz Rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych na zasadach określonych w Regulaminie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 oraz uwzględnieniem ust. 5.

4.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

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

Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie równe wartości Jednostek zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym i Rachunku swobodnego dostępu w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonej według Cen Jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania zgłoszenia roszczenia w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela.

5.

Z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku, oprócz świadczenia opisanego w ust. 2 i 3, Ubezpieczyciel wypłaci Osobie uprawnionej świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6 i 7, jeżeli spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

- Wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku nastąpiła przed upływem 12 miesięcy od daty Wypadku.

6.

Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku nie zostanie wypłacona, jeśli śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku będzie wynikiem:

- działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków, w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych lub kierował zawodowo statkiem powietrznym licencjonowanych linii lotniczych,

- c) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
- d) Czynnego udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych lub aktach stanu wojennego, przebywania na terenach objętych stanem wojennym lub działaniami wojennymi, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w rozruchach lub zamieszkach, Czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach terroru,
- e) uprawiania przez Ubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: baloniarstwo, heliskiing, lotnictwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, rafting i wszystkie jego odmiany, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowe lub motorowodne, szybownictwo, uczestnictwo w wyprawach survivalowych, wspinaczka górską lub skałkowa, wyciągi samochodowe lub motocyklowe, free running, windsurfing lub kitesurfing,
- f) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych lub testowych,
- g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z Wypadkiem,
- i) zatrucia Ubezpieczonego substancjami stałymi, płynnymi, gazem lub oparami, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku Wypadku,
- j) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał wskutek Wypadku,
- k) wszelkich chorób somatycznych Ubezpieczonego, w tym zawału serca, udaru mózgu, napadów epileptycznych, stanów drgawkowych lub zaburzeń świadomości, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był Wypadek,
- l) chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania Ubezpieczonego w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 (F00-F99),
- m) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu, jeżeli stan techniczny pojazdu miał wpływ na wystąpienie zdarzenia.

7.

W ciągu 3 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma prawo odmówić wypłaty Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku, jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony podali okoliczności niezgodne z prawdą lub zataili informacje, o które Ubezpieczyciel pytał Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego przed wyrażeniem zgody na zawarcie umowy, a skutkiem okoliczności podanych niezgodnie z prawdą lub zatajonych była śmierć Ubezpieczonego wskutek Wypadku.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

- 1) Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez Klienta Banku 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, Ubezpieczyciel dostarcza Ubezpieczającemu tekst OWU wraz z załącznikami tj. Tabelą opłat i limitów dla ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium, Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych dla ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium, Regulaminem Portfeli Modelowych dla ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Strefa Inwestycji Premium oraz Kartę Produktu.

2.

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 (jeśli nie jest on jednocześnie Ubezpieczającym).

3.

Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia przekazywany jest przez Bank do Centrali Allianz.

4.

- 1) Ubezpieczyciel, w przypadku przyjęcia oferty Ubezpieczającego zawartej we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, wystawia Polisę, która potwierdza objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 2) Umowę uważa się za zawartą w dniu wskazanym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o zaakceptowaniu ryzyka i zawarciu Umowy doręczając Ubezpieczającemu Polisę.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej niż od dnia następnego po zaplaceniu Składki podstawowej.

6.

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. Decyzję, o której mowa w zdaniu powyższym, Ubezpieczyciel podejmie w terminie 7 Dni roboczych licząc od dnia otrzymania Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

7.

W przypadku odmowy, o której mowa w ust. 6, 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.

8.

Umowa nie dochodzi do skutku 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 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 we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 3) Kwota Składki podstawowej musi 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 ciągu 5 Dni roboczych od dnia podpisania 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 pkt 4, dokona zwrotu tej wpłaty na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, 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 wskazany przez Ubezpieczającego w terminie 5 Dni roboczych od dnia wpłaty.
- 7) Po zarejestrowaniu wpłaty Składki podstawowej w niepełnej wysokości oraz upływie terminu 5 Dni roboczych, o którym mowa w pkt 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 od terminu, o którym mowa w pkt 4, a następnie poinformuje o tym pisemnie Ubezpieczającego.

2.

- 1) Składka podstawowa podlega Alokacji Składki zgodnie z dyspozycją złożoną przez Ubezpieczającego we Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i po przeliczeniu na Jednostki uczestnictwa ewidencjonowana jest na Rachunku podstawowym.
- 2) Ubezpieczyciel przeznaczna na nabycie Jednostek uczestnictwa kwotę wpłaconej Składki podstawowej pomniejszoną o Oplatę wstępną określoną w Polisie.
- 3) Liczbę Jednostek uczestnictwa danego Funduszu nabywanych z wpłaconej Składki podstawowej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie Jednostek uczestnictwa danego Funduszu przez Cenę Jednostki uczestnictwa 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 doraźnej w wysokości niższej niż minimalna, Ubezpieczyciel zwróci na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego wpłaconą kwotę w terminie 5 Dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

2.

- 1) 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 uczestnictwa ewidencjonowana jest na Rachunku swobodnego dostępu.
- 2) Ubezpieczyciel przeznacza na nabycie Jednostek uczestnictwa kwotę wpłaconej Składki doraźnej pomniejszoną o Oplatę wstępną określoną w Polisie.
- 3) Liczbę Jednostek uczestnictwa nabywanych z wpłaconej Składki doraźnej ustala się poprzez podzielenie kwoty przypadającej na nabycie Jednostek uczestnictwa danego Funduszu przez Cenę Jednostki uczestnictwa tego Funduszu w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

§ 7

Alokacja Składki i przeniesienie środków

1.

- 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 pkt 2). Zmiana Alokacji Składki doraźnej jest realizowana na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczającego. Ubezpieczający składa dyspozycję, o której mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem Banku, bądź wysyłając lub składając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem Banku lub samodzielnie) albo inny alternatywny kanał dostępu umożliwiający Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank. Bank może ponadto udostępnić Ubezpieczającemu możliwość telefonicznego złożenia dyspozycji zmiany Alokacji Składki.
- 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 od daty wypłynięcia odpowiedniego wniosku do Centrali Allianz, jeśli wysłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz lub licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem e-serwis lub innego alternatywnego kanału dostępu umożliwiającego Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej oraz w formie telefonicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank,
 - b) 8 Dni roboczych od daty złożenia odpowiedniego wniosku za pośrednictwem Banku.
- 6) Za realizację dyspozycji zmiany Alokacji Składki doraźnej Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

2.

- 1) Ubezpieczający, w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia, może przenosić środki w ramach danego Rachunku Jednostek między dostępnymi Funduszami (tzw. przeniesienie środków). Przeniesienie środków jest realizowane na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczającego i odbywa się poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa 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 Banku, bądź wysyłając lub składając dyspozycję

bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez e-serwis (za pośrednictwem Banku lub samodzielnie) albo inny alternatywny kanał dostępu umożliwiający Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank. Bank może ponadto udostępnić Ubezpieczającemu możliwość telefonicznego złożenia dyspozycji przeniesienia środków.

- 2) Przeniesienie środków nie zostanie zrealizowane, jeżeli złożona dyspozycja została wypełniona błędnie, co uniemożliwia jej realizację.
- 3) Przeniesienie środków realizowane jest w terminie określonym w Regulaminie.
- 4) Za realizację dyspozycji przeniesienia środków Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

§ 8

Fundusze

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa, OWU oraz Regulaminie.
- 2) Każdy Fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych Jednostkach uczestnictwa.
- 3) Ubezpieczyciel dla każdej Umowy ubezpieczenia prowadzi Rachunki Jednostek, na których są ewidencjonowane Jednostki uczestnictwa poszczególnych Funduszy nabywane za alokowane Składki.
- 4) Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłaconych Składek w Jednostki uczestnictwa poszczególnych Funduszy ponosi Ubezpieczający. Szczegółowy opis ryzyka inwestycyjnego wskazano w Regulaminie.

§ 9

Oplaty

W czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej pobierane są następujące opłaty:

- 1) **Oплата wstępna** – opłata, której maksymalna wysokość jest wskazana w Tabeli opłat i limitów, a dokładna wysokość jest wskazana w Polisie, określona jako procent wpłaconej Składki podstawowej oraz Składki doraźnej, pobierana ze Składki podstawowej oraz Składki doraźnej przed przeliczeniem na Jednostki uczestnictwa. Opłata wstępna pokrywa koszty Ubezpieczyciela związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia oraz Alokacją Składki na Rachunku Jednostek.
- 2) **Oплата za ochronę ubezpieczeniową** – opłata pobierana za czas świadczenia przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej, obliczana jako suma:
 - 0,1% Sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku w skali roku (za ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek wypadku) oraz
 - iloczynu Sumy na ryzyku i miesięcznej stawki za ryzyko śmierci, ustalanej na podstawie aktualnego w danym Miesiącu polisowym wieku Ubezpieczonego, przy zastosowaniu tabeli stawek za ryzyko śmierci znajdującej się w Tabeli opłat i limitów (za ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci Ubezpieczonego). Po ukończeniu przez Ubezpieczonego 70 lat, opłata za ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci Ubezpieczonego jest pobierana od Sumy na ryzyku w wysokości 2 000 zł.

Opłata 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 uczestnictwa proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w wartości Rachunku, według Cen Jednostek uczestnictwa 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.

- 3) **Oплата administracyjna** – opłata za administrowanie Funduszami, w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, określona jako procent średniego stanu liczby Jednostek Funduszu na danym Rachunku za dany Miesiąc polisowy. Średni stan liczby Jednostek Funduszu na danym Rachunku liczony jest jako suma liczby Jednostek z poszczególnych dni 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 uczestnictwa Funduszu na danym Rachunku.

Jeżeli w trakcie pobierania opłaty w Funduszu brak jest środków, opłata pobierana jest proporcjonalnie z Funduszy, w których Jednostki uczestnictwa posiada Ubezpieczający. W razie przeniesienia środków, częściowego wykupu Polisy lub rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel, odpowiednio przed przeniesieniem środków,

częściowym wykupem oraz w razie rozwiązania Umowy ubezpieczenia, pobierze część Opłaty administracyjnej za okres od dnia ostatniego pobrania opłaty do dnia rejestracji operacji: przeniesienia środków albo częściowego wykupu lub do dnia rozwiązania Umowy na zasadach i w terminach określonych w Regulaminie.

§ 10

Całkowity wykup i częściowy wykup

- 1) W czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do całkowitego wykupu lub do częściowego wykupu.
- 2) Całkowity wykup lub częściowy wykup może zostać dokonany na wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Ubezpieczyciela odpowiednio Wartości całkowitego wykupu lub Wartości częściowego wykupu, na zasadach określonych poniżej. Ubezpieczający składa wniosek, o którym mowa w zdaniu poprzednim, w formie pisemnej (za pośrednictwem Banku bądź wysyłając lub składając dyspozycję bezpośrednio do Centrali Allianz) lub w formie elektronicznej poprzez inny alternatywny kanał dostępu umożliwiający Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank. Bank może ponadto udostępnić Ubezpieczającemu możliwość telefonicznego złożenia wniosku o częściowy wykup.
- 3) Całkowity wykup polega na umorzeniu wszystkich Jednostek uczestnictwa na zasadach określonych w Regulaminie i jest realizowany w terminie wskazanym w ust. 3, pkt 2. Wartość całkowitego wykupu odpowiada wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku podstawowym oraz Rachunku swobodnego dostępu.
- 4) Za realizację dyspozycji całkowitego wykupu Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.

2.

- 1) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż od dnia zakupu Jednostek za Składkę podstawową po wystawieniu Polisy.
- 2) Częściowy wykup polega na umorzeniu z właściwego Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego na zasadach określonych w Regulaminie i jest realizowany w terminie wskazanym w ust. 3, pkt 2. Wartość częściowego wykupu odpowiada wartości Jednostek uczestnictwa, wskazanych przez Ubezpieczającego we wniosku o częściowy wykup, zewidencjonowanych na Rachunkach Jednostek.
- 3) Za realizację dyspozycji częściowego wykupu Ubezpieczyciel nie pobiera opłat.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) W sytuacji gdy nie zostanie spełniony warunek określony w pkt 5 powyżej, Ubezpieczyciel wycofa Jednostki z Funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania liczbie.

3.

- 1) Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela wartości całkowitego wykupu lub częściowego wykupu jest wypełniony wniosek o całkowity/częściowy wykup.
- 2) Kwota należna z tytułu całkowitego wykupu lub częściowego wykupu, skutkującego umorzeniem Jednostek zgodnie z ust. 1 pkt 3) oraz ust. 2 pkt 2), zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez niego 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 pkt 1, do Centrali Allianz, jeśli wysyłany jest on na adres Centrali Allianz lub składany bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz, albo licząc od daty złożenia dyspozycji za pośrednictwem kanału dostępu umożliwiającego Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej oraz w formie telefonicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank,
 - b) 11 Dni roboczych od daty złożenia wniosku, o którym mowa w pkt 1, za pośrednictwem Banku.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

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

- 2) Po zawiadomieniu o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w terminie 7 dni kalendarzowych, pisemnie lub drogą elektroniczną, potwierdza otrzymanie zawiadomienia, wskazując jednocześnie dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 3) Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są wypełnić druk zgłoszenia roszczenia. Za dzień zgłoszenia roszczenia uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zgłoszenia roszczenia do Ubezpieczyciela.
- 4) Osoba zgłaszająca roszczenie zobowiązana jest dołączyć do druku zgłoszenia posiadane dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia 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.

W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Wypadku należy dołączyć ponadto:

- d) dokument potwierdzający przyczynę zgonu Ubezpieczonego (np. karta statystyczna zgonu, zaświadczenie lekarskie),
 - e) opis okoliczności Wypadku,
 - f) protokół badania sekcyjnego w przypadku jego wykonania,
 - g) notatka policyjna (w przypadku zawiadomienia policji),
 - h) orzeczenie kończące postępowanie w sprawie w przypadku prowadzonego dochodzenia/śledztwa, inne posiadane dokumenty dotyczące postępowania będącego jeszcze w toku, które mogą potwierdzić zasadność lub wysokość roszczenia.
- 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.

2.

- 1) Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie 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) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba występująca z roszczeniem ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 4) W razie odmowy wypłaty świadczenia, Ubezpieczyciel wypłaci Wartość całkowitego wykupu. Umorzenie Jednostek z tytułu wykupu następuje w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie.

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 dyspozycji Ubezpieczonego.
- 3) 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, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,

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

4.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego/Uposażonych jako Osobę/y uprawnioną/e do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt 1.
- 3) Ubezpieczyciel jest związany dokonaną zmianą, począwszy od dnia wypłynięcia 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 wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w dyspozycji Ubezpieczonego.

§ 12

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od Umowy do 30. dnia (włącznie) od daty jej zawarcia, która jest tożsama z Dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

2.

W razie skorzystania z prawa odstąpienia Ubezpieczyciel w terminie:

- a) 9 Dni roboczych od daty wpływu oświadczenia o odstąpieniu do Centrali Allianz, jeśli wysyłane jest ono na adres Centrali Allianz lub składane bezpośrednio w siedzibie Centrali Allianz;
- b) 11 Dni roboczych od daty złożenia oświadczenia o odstąpieniu za pośrednictwem Banku,

zwróci Ubezpieczającemu wartość Rachunków Jednostek, którą ustala się w oparciu o Cenę Jednostek w terminach określonych w Regulaminie

- 1) powiększoną o opłaty wskazane w § 9,
- 2) i pomniejszoną o koszty ochrony ubezpieczeniowej za okres, w którym Ubezpieczyciel jej udzielał.

Za datę odstąpienia od Umowy przyjmuje się dzień wypłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Ubezpieczyciela.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę w każdym czasie, składając Ubezpieczycielowi odpowiednie oświadczenie. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym złożono oświadczenie o wypowiedzeniu.
- 2) Wypowiedzenie Umowy jest równoznaczne z wnioskiem o całkowity wykup z Polisy. Całkowity wykup z Polisy realizowany jest na zasadach określonych w § 10 ust. 1.

4.

Umowa rozwiązuje się z dniem:

- a) odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy, na zasadach określonych w ust. 1 i 2,
- b) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego, na zasadach określonych w ust. 3,
- c) śmierci Ubezpieczonego,
- d) doręczenia wniosku o całkowity wykup z Polisy do Ubezpieczyciela,
- e) w którym wartość Jednostek zewidencjonowanych na Rachunkach Jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9.

§ 13

Zasady dokonywania zmian w Umowie i składania oświadczeń w trakcie trwania Umowy

1.

- 1) Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia oraz dyspozycje i oświadczenia związane z jej wykonaniem lub jej rozwiązaniem wymagają formy pisemnej z zastrzeżeniem pkt 2).
- 2) Ubezpieczyciel udostępnia Ubezpieczającemu możliwość komunikacji drogą elektroniczną. Zmiany w Umowie lub oświadczenia związane z jej wykonywaniem, wskazane w Regulaminie świadczenia usług za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość oraz dostępne za pośrednictwem e-serwisu lub innego alternatywnego kanału dostępu umożliwiającego Ubezpieczającemu składanie dyspozycji w formie elektronicznej oraz w formie telefonicznej, jeśli taki kanał został udostępniony przez Bank, mogą za zgodą Ubezpieczającego mieć formę inną niż pisemna.

2.

Jeżeli w dniu wpływu dyspozycji lub oświadczeń Ubezpieczającego, o których mowa w ust. 1, dotyczących wypowiedzenia Umowy, przeniesienia środków, częściowego lub całkowitego 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.

3.

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

§ 14

Obowiązki informacyjne Ubezpieczyciela

1.

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

2.

Ubezpieczyciel jest obowiązany do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o aktualnej wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, w szczególności o Wartości środków zgromadzonych na Rachunkach Jednostek oraz o Wartości całkowitego wykupu.

3.

Poza obowiązkiem, o którym mowa w ust. 2, na wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel w dowolnym momencie, nieodpłatnie, udostępni informacje, o których mowa w ust. 2 oraz informacje o stanie Rachunków Jednostek.

4.

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

§ 15

Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek

1.

- 1) W przypadku gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony to dwie różne osoby, dla skutecznego zawarcia Umowy konieczne jest, aby Ubezpieczający poinformował Ubezpieczonego o treści zawartej na jego rachunek Umowy, a Ubezpieczony wyraził zgodę na zawarcie takiej Umowy i jej warunki poprzez złożenie podpisu na Wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 2) Zmiana Umowy na niekorzyść Ubezpieczonego lub Osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wymaga zgody tego Ubezpieczonego.

2.

- 1) Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w § 14 ust. 1 i 2, niezwłocznie po ich otrzymaniu, w sposób zapewniający ich skuteczne doręczenie. W przypadku informacji, o których mowa w § 14 ust. 1, Ubezpieczający jest zobowiązany do ich przekazania przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków Umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.
- 2) W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, o których mowa w pkt 1, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 16

Postanowienia końcowe

1.

Postępowanie w przypadku składania reklamacji

Reklamacja związana ze świadczeniami przez Allianz usługami może zostać złożona w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów oraz w siedzibie Allianz (ul. Rodziny Hiszpańskich 1, 02-685 Warszawa). Reklamacja może być złożona:

- w formie pisemnej – osobiście, w każdej jednostce Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz, 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 Allianz obsługującej klientów lub w siedzibie Allianz,
- 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 Allianz lub osoba upoważniona przez Allianz.

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. Informacja 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 Allianz obsługujących klientów.

Allianz podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Wniosek o rozpatrzenie sprawy może zostać złożony do Rzecznika Finansowego.

2.

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

3.

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

4.

Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 179/2015 z dnia 6 października 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków otrzymanych przez Bank od dnia 7 października 2015 roku.



Veit Stutz
Prezes Zarządu



Radosław Kamiński
Wiceprezes Zarządu



Magdalena Nawłoka
Wiceprezes Zarządu



Zbigniew Świątek
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Viśan
Wiceprezes Zarządu