

UL

01.12.1999

uczniwaTa 19.11.99

Allianz 

Ubezpieczenia na życie
Indywidualne

**Ogólne warunki
ubezpieczenia**

**Indywidualne
ubezpieczenie
na życie z Funduszem
Inwestycyjnym**

Na życie

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym

Artykuł 1 Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach indywidualnego ubezpieczenia na życie z Funduszem Inwestycyjnym, zwanych dalej „umowami ubezpieczenia”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

Artykuł 2 Definicje

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo - Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która na rzecz Ubezpieczonego zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczony - osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;

Uposażony - osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego;

Polisa - dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta;

Składka regularna - składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie;

Składka jednorazowa - składka z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia;

Składka doraźna - wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia;

Suma ubezpieczenia - określona w polisie, minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo w przypadku śmierci Ubezpieczonego;

Umowy dodatkowe - umowy ubezpieczenia uzupełniające umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione;

Rocznica polisy - każda rocznica daty określonej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia;

Rok polisowy - okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy;

Zaakceptowanie ryzyka - podjęcie przez Towarzystwo decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami;

Fundusz - wydzielona część aktywów Towarzystwa;

Jednostki uczestnictwa - części o równej wartości, na które podzielony jest każdy Fundusz;

Cena kupna jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa;

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa - wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;

Rachunek jednostek - rachunek Ubezpieczającego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa, na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia;

Wartość wykupu - kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu w przypadkach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Artykuł 3 Przedmiot ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

- 4 -

3.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych w przypadku gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej dołączonej do umowy ubezpieczenia.

Artykuł 4 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa zawierana jest na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.

W przypadku zawarcia umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 61 lat, umowa ubezpieczenia może być zawarta pod warunkiem, że składka będzie opłacona jednorazowo.

- 5 -

4.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego do tego celu przez Towarzystwo.

5.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) Ubezpieczony złożył oświadczenie o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza,
- b) Ubezpieczony poddał się wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo,
- c) Towarzystwu doręczona została, na jego żądanie, wszelka dokumentacja medyczna związana ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) zapłacona została pierwsza składka regularna lub składka jednorazowa.

6.

Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności, gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,

- 6 -

- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia,
- c) niezaakceptowania ryzyka.

7.

Badania lekarskie przeprowadzane są przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

8.

W przypadku niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

9.

Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

10.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

11.

W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie

- 7 -

akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona stosownie do postanowień art. 12 ust. 4.

12.

Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

13.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

14.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 8 stosuje się odpowiednio.

15.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu

uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

16.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

17.

Z dniem, o którym mowa w ust. 16 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

Artykuł 5 Suma ubezpieczenia

1.

Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

2.

Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia za zgodą Towarzystwa. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki.

3.

Przed podwyższeniem sumy ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania dodatkowe.

Postanowień ust. 2 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

Artykuł 6 Składki

1.

- 1) Składka może być opłacana regularnie lub jednorazowo.
- 2) Składka regularna jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku, lub co kwartał, lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 3) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 4) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak niż 1 000 PLN.
- 7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.

- 8) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę na miesiąc przed terminem od którego zmiana ma obowiązywać. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
- 9) Postanowień pkt. 8 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

2.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczającemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) W przypadku gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 pkt. 3, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
- 3) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a wpłacał składki doraźne, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu otrzymania wniosku o wypłatę, przeliczonych po cenie sprzedaży jednostki z dnia zaakceptowania wniosku o wypłatę.

- 4) W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty składki regularnej złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
- 5) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 6) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
- Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - Towarzystwo pobiera opłaty określone w art. 9 ust. 4,
 - suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w art. 9 ust. 4.
- Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

Artykuł 7

Indeksacja składek i sumy ubezpieczenia

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego oraz suma ubezpieczenia podlegają indeksacji w każdą rocznicę polisy.

2.

Przed każdą rocznicą polisy Towarzystwo określi wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponuje Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.

Ubezpieczający może odmówić indeksacji składek, doręczając Towarzystwu pisemne zawiadomienie o odmowie, w terminie 30 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 2. Nie doręczenie Towarzystwu pisemnego zawiadomienia o odmowie indeksacji w wyżej wymienionym terminie jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na indeksację składek.

4.

Odmowa indeksacji składki w trzech kolejnych rocznicach polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji sumy ubezpieczenia w przypadku indeksacji składki powoduje utratę prawa do indeksacji sumy ubezpieczenia w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji składki jest równoznaczna z odmową indeksacji sumy ubezpieczenia.

5.

Postanowienia ust. 2 i ust. 3 stosują się odpowiednio do indeksacji sumy ubezpieczenia.

Artykuł 8 Czasowe zawieszenie opłacania składek

- 1) Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Towarzystwa, do czasowego zawieszenia opłacania składek regularnych, o ile opłacone zostały pełne dwie roczne składki regularne i w ciągu ostatnich dwóch lat nie został dokonany częściowy wykup polisy.
- 2) Czasowe zawieszenie opłacania składek może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty składki regularnej.
- 3) Płatność składek może być zawieszona na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie, nie dłuższy jednak niż 12 miesięcy.
- 4) Zawieszenie opłacania składek regularnych może być dokonane nie częściej niż raz na 4 lata.
- 5) W okresie zawieszenia opłacania składek warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w art. 9 ust. 4.
- 6) Towarzystwo może wyrazić zgodę na dłuższy okres zawieszenia i częściej niż raz na 4 lata pod warunkiem, że wartość jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia.

Artykuł 9 Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze tworzone są na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający ma prawo, w ramach jednej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, różniąc

cych się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który inwestowane będą składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

- 3) Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
- 4) W ramach każdego Funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym Funduszem ustalana jest przede wszystkim w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów każdego Funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa ustalane są w oparciu o wartość rynkową wszystkich lokat związanych z danym Funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) Cena kupna jednostki uczestnictwa nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia przeznaczane są na nabywanie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa

całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.

- 3) Składki regularne, składka jednorazowa oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym terminie może zmienić udział procentowy każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególnych Funduszach jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenosić środki pomiędzy Funduszami, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio. W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany w danym roku polisowym jest wolna od opłaty. Za każdą następną pobierana jest opłata ustalana przez Towarzystwo.
- 5) Zmiany wymienione w pkt. 4 następują najpóźniej w ciągu 5 dni od otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku.
- 6) Składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej. W przypadku innej alokacji niż składka regularna, Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć wniosek określający w jaki sposób ma być alokowana składka doraźna, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio.
- 7) Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5 dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa.

- 8) Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego będzie informować o stanie rachunków jednostek.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty według następującego schematu :
 - a) Towarzystwo wylicza wysokości opłat za ochronę ubezpieczeniową oraz opłat administracyjnych, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowych,
 - b) Część opłat, o których mowa w pkt.1 lit. a) obciążających rachunek jednostek w danym Funduszu ustalana jest proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się w oparciu o cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa na dany dzień,
 - c) Z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt.1 lit. a) obciążających dany rachunek jednostek według ceny sprzedaży jednostki na dany dzień.
- 2) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się w oparciu o różnicę między sumą ubezpieczenia lub sumą wpłaconych składek (cokolwiek jest większe) oraz wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich Funduszach.
- 3) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z Funduszy pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszem.
- 4) Koszty zarządzania Funduszem nie mogą przekroczyć w skali roku 2% aktywów tego Funduszu.

Artykuł 10 Wykup polisy

1.

- 1) Przed opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy, o ile umowa nie jest opłacona składką jednorazową.
- 2) Po opłaceniu pełnych dwóch rocznych składek regularnych lub gdy Ubezpieczający opłacił składkę jednorazową, wartość wykupu polisy jest równa wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek.
- 3) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 5, pkt. 6 i pkt. 7.
- 4) Wykup polisy i częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio całości lub części wartości wykupu.
- 5) Kwota części wartości wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek z zastrzeżeniem postanowień pkt. 7.
- 6) Częściowy wykup polisy może być dokonywany nie częściej niż raz na cztery lata, pod warunkiem, że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek z zastrzeżeniem postanowień pkt. 7.
- 7) Ubezpieczający po upływie dwóch lat trwania umowy, o ile wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia, może w każdym czasie dokonać częściowego wykupu polisy w wysokości nie przekraczającej większej z wartości:

- a) różnicy między wartością jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek, a sumą ubezpieczenia,
 - b) 30% wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek, wynikającej z pkt. 5.
- 8) Kwota części wartości wykupu nie może być mniejsza niż 1000 PLN.
 - 9) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.

2.

- 1) W przypadku dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku Funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup polisy.
- 2) Przy dokonywaniu wykupu oraz częściowego wykupu polisy wartość wykupu i część wartości wykupu ustala się według ceny sprzedaży jednostki obowiązującej w dniu wypłynięcia do Towarzystwa wniosku o wykup lub częściowy wykup polisy.
- 3) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.
- 4) Kwota wartości wykupu w pierwszych pięciu latach trwania umowy pomniejszana jest o koszty wykupu określone przez Towarzystwo.

Artykuł 11 Wypłata świadczeń

1.

- 1) W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Upo-

sażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.

- 2) Z tytułu śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek wszystkich Funduszy w dniu zaakceptowania roszczenia,
 - c) nominalnej sumy wpłaconych składek regularnych lub jednorazowej i doraźnych, pomniejszonej o sumę dokonanych częściowych wykupów.
- 3) Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa w pkt. 2 lit. b) ustalana jest według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
- 4) W przypadku, gdy w okresie pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego, a zgłoszeniem roszczenia, umowa została przekształcona w bezskładkową, Towarzystwo wypłaci większą z poniższych kwot:
 - a) sumę ubezpieczenia z dnia śmierci ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych po cenie sprzedaży z dnia zaakceptowania roszczenia,
 - c) nominalną sumę wpłaconych składek regularnych lub jednorazowych i doraźnych, pomniejszoną o sumę dokonanych częściowych wykupów.

5) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) polisy ubezpieczeniowej,
- b) odpisu aktu zgonu,
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajęcie zdarzenia,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
- e) innych dokumentów uzasadniających roszczenie, wskazanych przez Towarzystwo.

2.

- 1) Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeżeli w terminie, o którym mowa w pkt. 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
- 3) W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu.

3.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.
- 3) Wniosek o zmianę Uposażonego Ubezpieczony składa na specjalnie do tego celu przeznaczonym formularzu.

- 4) Towarzystwo związane jest dokonaną zmianą począwszy od następnego dnia po dniu otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego.
- 5) W przypadku, gdy suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu przekracza 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia z tytułu śmierci są równe.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego traci prawo do świadczenia.

4.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak jest Uposażonego lub też utracił on prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

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

Artykuł 12 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które był zapytywany we

wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

W przypadku niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności, gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie się ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo wolne będzie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo nie może podnieść wyżej przytoczonego zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

4.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce w okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia wystawienia polisy lub do dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka, Towarzystwo ograniczy się do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu umowy ubezpieczenia jednak nie wyższej niż 100 000 PLN, jeżeli śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku oraz Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie ukończył 60 lat.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego, zarówno w okresie ograniczonej jak i pełnej ochrony ubezpieczeniowej, jest ograniczona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) samobójstwa lub samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- 2) W powyższych przypadkach zostanie wypłacona wartość wykupu.
- 3) Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności określonej w ust. 4, jeśli śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:
 - a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia,
 - b) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji, jeżeli powyższe nie były spowodowane wypadkiem,
 - c) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego,
 - e) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wo-

- jennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - g) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych,
 - h) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości i wszelkiego typu bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem skutków porażenia prądem elektrycznym, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - i) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza w bezpośrednim związku z wypadkiem,
 - j) infekcji lub choroby, chyba że zdarzenia te powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,
 - l) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał w wyniku wypadku.
- 4) Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu

śmierci Ubezpieczonego będącej następstwem nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła po upływie 90 dni od zajścia wypadku.

Artykuł 13 Rozwiązanie umowy

- 1) Ubezpieczający może odstąpić od umowy, w terminie 30 dni w przypadku osób fizycznych i 7 dni w przypadku osób prawnych, licząc od dnia jej zawarcia.
- 2) W przypadku, o którym mowa w ust.1, Towarzystwo, w terminie 30 dni od dnia doręczenia oświadczenia o odstąpieniu, zwraca Ubezpieczającemu składkę, o ile nie zaistniało zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Przy zwrocie składki potrącone zostają opłaty manipulacyjne.
- 3) Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14 dniowego terminu wypowiedzenia. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.
- 4) Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
 - c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w art. 9 ust. 4, o ile nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy,
 - d) z dniem podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

Artykuł 14 Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

W przypadku gdy w ciągu dwóch pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności nie zapłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeśli spełnione zostały poniższe warunki:

- a) polisa nie została wcześniej wykupiona,
- b) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłaci kwotę w wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę administracyjną.

3.

Po wznowieniu umowy, Towarzystwo naliczy wszystkie opłaty, o których mowa w art. 9 ust. 4, należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana.

Artykuł 15 Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wy-

konaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2.

Zmiana częstotliwości opłacania składek może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę polisy, uwzględniając aktualnie obowiązujące składki minimalne przy określonej częstotliwości ich opłacania.

3.

Ubezpieczający zobowiązany jest do powiadamiania Towarzystwa o zmianach danych personalnych zawartych w polisie, adresu zamieszkania oraz adresu do korespondencji w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. W przypadku niedopełnienia obowiązku określonego powyżej, wszelkie oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa wysłane pod ostatnio znany mu adres uważa się za wysłane prawidłowo.

4.

Postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia w porozumieniu z Ubezpieczającym.

Artykuł 16 Prawa ubezpieczającego i ubezpieczonego

1.

Wszelkie prawa z tytułu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Ubezpieczonego i Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia oraz w przepisach obowiązującego prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony ma prawo do dokonania na piśmie wniosku o cesję przysługujących mu praw z tytułu umowy ubezpieczenia. Cesja musi zostać dokonana za zgodą Towarzystwa. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność przeniesienia praw.

3.

Ubezpieczający, po upływie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia ma prawo zawrzeć z Towarzystwem, na odrębnie ustalonych warunkach, umowę pożyczki pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Wysokość pożyczki nie może przekraczać kwoty w wysokości 50% wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zawarcia umowy pożyczki według ich wartości po cenie sprzedaży obowiązującej w tym dniu.

4.

Umowy dodatkowe stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

Artykuł 17 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny

(Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

2.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 46/99 z dnia 19.11.1999r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 01.12.1999r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

Artykuł 1 Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie z Funduszem Inwestycyjnym.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli te nie stanowią inaczej.

Artykuł 2 Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa - umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku;

Suma ubezpieczenia - określone w polisie świadczenie, które będzie wypłacone jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;

Nieszczęśliwy wypadek - nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym niezależnie od woli Ubezpieczonego.

Artykuł 3 Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na powiększeniu świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek

nieszczęśliwego wypadku określoną w polisie, jeżeli:

- a) nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- b) śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- c) śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku,
- d) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

Artykuł 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna

na się od dnia wystawienia polisy w przypadku, gdy umowa dodatkowa zawierana jest przy zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia wystawienia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej w przypadku, gdy umowa dodatkowa zawierana jest w jedną z kolejnych rocznic polisy.

4.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

Artykuł 5 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) rozwiązanie umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

Artykuł 6 Ograniczenia odpowiedzialności

Towarzystwo zwolnione jest od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej jeżeli śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych

- niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji, jeżeli powyższe nie były spowodowane wypadkiem,
 - c) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - d) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego,
 - e) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - g) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych,
 - h) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości i wszelkiego typu bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem skutków porażenia prądem elektrycznym, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - i) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza w bezpośrednim związku z wypadkiem,

- j) infekcji lub choroby, chyba że zdarzenia te powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku,
- l) samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał w wyniku wypadku.

Artykuł 7 Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zlecenia wykonania sekcji zwłok lub też do oględzin ciała Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia.

3.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz.

U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

4.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

5.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 46/99 z dnia 19.11.1999r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 01.12.1999r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

Artykuł 1 Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie z Funduszem Inwestycyjnym.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa są w mocy tylko w przypadku, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym stosuje się także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, jeśli te nie stanowią inaczej.

Artykuł 2 Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, polisie

oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa - umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa;

Inwalidztwo - trwałe, fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez T.U. Allianz Życie Polska S.A., w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.

Artykuł 3 Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych.

3.

Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności składki następującej po powstaniu inwalidztwa Ubezpieczonego i na czas inwalidztwa, nie dłużej jednak niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.

Artykuł 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 60 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy w przypadku, gdy umowa dodatkowa zawierana jest przy zawarciu umowy ubezpieczenia lub od dnia wystawienia dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej w przypadku, gdy umowa dodatkowa zawierana jest w jedną z kolejnych rocznic polisy.

5.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która potrącana jest w formie jednostek uczestnictwa razem z opłatami wynikającymi z umowy ubezpieczenia.

Artykuł 5 Składki ubezpieczeniowe

1.

W przypadku wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek regularnych do momentu zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej pod rygorem utraty prawa do ochrony ubezpieczeniowej z dniem wymagalności niezapłaconej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych. W przypadku zaakceptowania roszczenia wpłacone składki od dnia orzeczenia inwalidztwa do dnia zaakceptowania roszczenia podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej, bez jakichkolwiek odsetek.

2.

W przypadku zaakceptowania roszczenia, Towarzystwo przejmuje opłacanie składek od dnia zaakceptowania roszczenia w wysokości średniej składki regularnej z okresu dwóch lat sprzed orzeczenia inwalidztwa.

W okresie zwolnienia z opłacania składek Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składek doraźnych.

Artykuł 6 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) rozwiązania umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60lat,
- c) zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, z dniem dokonania zamiany,
- d) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

Artykuł 7 Ograniczenia odpowiedzialności

Towarzystwo zwolnione jest od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej w przypadku kiedy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpiło bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia,

- b) choroby psychicznej, niedorozwoju umysłowego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków, utraty przytomności, ataku epilepsji, konwulsji,
- c) wypadku lotniczego, nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- d) łamania lub próby łamania prawa przez Ubezpieczonego,
- e) wojny wypowiedzianej lub niewypowiedzianej, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- g) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych wszelkich pojazdów silnikowych,
- h) rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczości wszelkiego typu bez względu na ich pochodzenie, źródło i sposób oddziaływania na Ubezpieczonego, z wyłączeniem skutków porażenia prądem elektrycznym, którego źródłem są sprzęty powszechnego użytku oraz wszelkiego rodzaju promieniowania stosowanego w terapii zgodnie z zaleceniem lekarza,
- i) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, chyba że przeprowadzenie ich było zalecone przez lekarza,
- j) infekcji lub choroby, powstałej przed datą zawarcia umowy dodatkowej, istnienie której Ubezpieczony zataił we wniosku o ubezpieczenie,

- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) próby samobójstwa, samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę niezależnie od stanu poczytalności.

Artykuł 8 Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz przeprowadzania na koszt Towarzystwa badań specjalistycznych Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza.

Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie zarówno w trakcie rozpatrywania roszczenia jak i po jego zaakceptowaniu, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia lub w zależności od rodzaju inwalidztwa, stopnia zaawansowania oraz przewidywanego okresu trwania.

3.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu.

4.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w ustawie z dnia 23 kwietnia 1964 roku Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93; wraz z późniejszymi zmianami) oraz ustawie z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 1990 r. Nr 59, poz. 344; wraz z późniejszymi zmianami).

5.

Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

6.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 46/99 z dnia 19.11.1999r. i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 01.12.1999r.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu