

Indywidualne terminowe ubezpieczenie na życie i dożycie z planem kapitałowym

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umów dodatkowych są w mocy tylko wówczas, gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych, są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.

§ 2

Definicje

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

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

Dyrekcja Generalna Towarzystwa – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany na polisie.

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 objęte jest ochroną ubezpieczeniową.

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jeżeli Uposażony nie żyje albo nie istnieje zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu.

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

Zdarzenia ubezpieczeniowe – zdarzenia objęte ochroną z tytułu umowy ubezpieczenia:

- a) dożycie przez Ubezpieczonego do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Zaakceptowanie ryzyka – podjęcie decyzji przez Towarzystwo 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.

Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – dzień następujący po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, wskazany w polisie.

Suma ubezpieczenia w razie dożycia – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu w przypadku dożycia przez niego dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci – określona w polisie kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Poziom ochrony ubezpieczeniowej – wskaźnik przedstawiający stosunek sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci do sumy ubezpieczenia w razie dożycia.

Składka regularna podstawowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin płatności zostały określone w polisie.

Składki regularne dodatkowe – składki z tytułu umów dodatkowych, których wysokość i termin płatności zostały określone w polisie.

Składka indeksacyjna – dodatkowa składka powiększająca składkę regularną podstawową poczynawszy od pierwszej rocznicy polisy, ulokowana na rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji.

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną, uiszczana w dowolnym terminie trwania umowy ubezpieczenia, lokowana na rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji.

Techniczna stopa procentowa – zakładana przez Towarzystwo teoretyczna stopa zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynosząca 3,25 % w skali roku.

Fundusz – wydzielona część aktywów Towarzystwa, którą w części stanowią środki gromadzone w ramach rachunku zysków.

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które podzielony jest fundusz.

Cena jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa funduszu, według której Towarzystwo przelicza środki alokowane na rachunku zysków i wycofywane z rachunku zysków.

Opłata administracyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia potrącana w razie odstąpienia Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia.

Opłata wznowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia naliczana w razie wznowienia umowy ubezpieczenia.

Rachunek zysków – rachunek prowadzony przy polisie, na którym gromadzony jest udział w zyskach z zainwestowanej rezerwy matematycznej oraz kwoty wynikające z wpłat składek indeksacyjnych i doraźnych.

Rezerwa matematyczna – kwota pieniężna gromadzona przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek regularnych na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia.

Udział w zyskach – udział Ubezpieczającego w zyskach wynikających z inwestowania przez Towarzystwo rezerw matematycznych.

Wartość wykupu – dodatnia wartość gotówkowa polisy określona metodą aktuarialną jako rezerwa matematyczna obowiązująca w momencie dokonania wykupu pomniejszona o rozłożone w czasie koszty zawarcia umowy ubezpieczenia pozostałe do końca okresu ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

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 dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

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

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, lub przeciwko rzeczy posiadanej przez osobę, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie:
 - a) Ubezpieczonemu, sumy ubezpieczenia w razie dożycia przez niego dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - b) Uposażonemu, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem pkt. 2 oraz ust.3.
- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - b) działań wojennych, stanu wojennego,
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.W powyższych sytuacjach Towarzystwo wypłaci świadczenie w wysokości wartości wykupu powiększonej o środki zgromadzone na rachunku zysków określone według stanu na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

3.

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż 100 000 zł, pod warunkiem że 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 miał ukończonych 60 lat.
- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącej wynikiem:
 - 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) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
 - d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.),
 - f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - g) 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,
 - h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla

- człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
 - k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
 - m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

4.

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

5.

Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszelkich dołączonych do niej umów dodatkowych na warunkach określonych w polisie.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na czas określony, nie krótszy niż 5 lat i nie przekraczający dnia, w którym Ubezpieczony ukończy 71 lat.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

3.

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

4.

Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli spełnione są wszystkie niżej wymienione warunki:

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym, jeżeli wymagane są one przez Towarzystwo, z wyłączeniem badań genetycznych,
- c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy,
- d) opłacenie należnej składki.

5.

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

6.

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

7.

Towarzystwo na żądanie Ubezpieczonego udostępni wyniki przeprowadzonych badań medycznych.

8.

Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

9.

Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 8, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

10.

Podmioty, o których mowa w ust. 8 są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia Towarzystwu w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.

11.

Towarzystwo może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

12.

Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo ma obowiązek doręczyć Ubezpieczającemu tekst ogólnych warunków ubezpieczenia.

13.

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

14.
Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

15.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Powyższy dzień określony jest w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, stosownie do postanowień § 3 ust. 3.
- 2) Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji lub odmowy akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 3) Towarzystwo potwierdzi zaakceptowanie ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

16.
Jeżeli 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.13 stosuje się odpowiednio.

17.
Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej 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 z dniem następnym po upływie powyższego terminu.

18.
Jeżeli w okresie od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia wystawienia polisy Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczonemu nowe, zmienione warunki ubezpieczenia, a Ubezpieczony ich nie zaakceptuje, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę, bez potrącania opłaty administracyjnej.

19.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

20.
Z dniem, o którym mowa w ust.19 wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

21.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Składki ubezpieczeniowe

1.
Składka jest opłacana regularnie.

2.
Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.

3.
Wysokość składki ustalana jest przez Towarzystwo w zależności od wysokości sumy ubezpieczenia, poziomu ochrony ubezpieczeniowej, częstotliwości oraz trybu opłacania składek według taryf obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, zależnych od płci i wieku Ubezpieczonego oraz okresu ubezpieczenia. Składka może być podwyższona przez Towarzystwo w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki:
a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
b) uprawiany przez Ubezpieczonego sport/hobby,
c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
d) tryb życia Ubezpieczonego.

4.
Składka jest płatna z góry z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

5.
Na całkowitą składkę regularną składają się: składka regularna podstawowa będąca należnością z tytułu umowy ubezpieczenia, składki regularne dodatkowe będące należnościami z tytułu poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do umowy ubezpieczenia oraz składki indeksacyjne.

6.
Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w trybie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.

7.
Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo do 30 dniowej prolongaty terminu płatności składki licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.

8.
Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszenia świadczenia wypłacanego Uposażonemu o kwotę wymaganej składki, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie prolongaty, a składka należna za ten okres nie została opłacona.

9.
Niezapłacenie składki w terminie prolongaty powoduje wygaśnięcie umowy ubezpieczenia z dniem upływu terminu prolongaty bez potrzeby uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego. Powyższe stwierdzenie nie dotyczy przypadków omówionych w § 7 ust. 4 i 5.

10.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym, tym samym, Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przyjęło na siebie ten obowiązek.

§ 6 Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy. W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.

2.

Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie, jednak nie wcześniej niż po upływie dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.

3.

W razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokona zwrotu części składki regularnej podstawowej i składki regularnej dodatkowej za każdy pełny miesiąc nie wykorzystanego okresu ubezpieczenia, potrącając ze zwracanej kwoty procentową opłatę administracyjną wskazaną w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 7 Postępowanie w razie zaprzestania opłacania składek

1.

Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, Ubezpieczający otrzyma środki pochodzące z likwidacji rachunku zysków zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 7, a umowa ubezpieczenia wygasa z końcem okresu prolongaty.

2.

Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zamianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe. Jeżeli w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub o czasowe zawieszenie opłacania składek, Towarzystwo ma prawo przekształcić ubezpieczenie w ubezpieczenie bezskładkowe.

3.

Wykup polisy

- 1) Wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty.
- 2) Wartość wykupu jest określona w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i wskazana w polisie.
- 3) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.

- 4) Wartość wykupu polisy będzie ustalana na dzień wypłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup, nie później jednak niż na dzień wymagalności pierwszej nie opłaconej składki. Wartość ta będzie pomniejszona o wszelkie należności Ubezpieczającego względem Towarzystwa zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia.
- 5) W momencie wykupu polisy do wartości wykupu dodana zostanie wartość rachunku zysków przypadająca na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa wniosku o wykup. Rejestracja następuje niezwłocznie po wypłynięciu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup.
- 6) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu są:
 - a) oryginał polisy wraz z załącznikami,
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty wskazane przez Towarzystwo.

4.

Czasowe zawieszenie opłacania składek

- 1) Czasowe zawieszenie opłacania składek może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty.
- 2) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek Ubezpieczający zwolniony jest z obowiązku opłacania składek. Kwoty w wysokości składek regularnych – z wyłączeniem składek indeksacyjnych – pobierane są ze środków zgromadzonych na rachunku zysków.
- 3) Ubezpieczający ma prawo zawiesić opłacanie składek na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy i nie częściej niż raz na 4 lata.
- 4) Czasowe zawieszenie opłacania składek może nastąpić wyłącznie na okres za jaki składki regularne mogą być pokryte ze środków zgromadzonych na rachunku zysków oraz jeżeli w ciągu ostatnich czterech lat nie nastąpiła żadna częściowa wypłata środków zgromadzonych na rachunku zysków.
- 5) Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na rachunku zysków czasowe zawieszenie opłacania składek nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczającego, Towarzystwo zawiesi opłacanie składek na możliwie najdłuższy okres.
- 6) W okresie czasowego zawieszenia opłacania składek warunki ochrony nie ulegają zmianie.
- 7) Ubezpieczający traci prawo do indeksacji składki w rocznicę polisy przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania składek.

5.

Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe

- 1) Jeżeli w okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub o czasowe zawieszenie opłacania składek, Towarzystwo ma prawo przekształcić ubezpieczenie na ubezpieczenie bezskładkowe.
- 2) Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe polega na pomniejszeniu sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i sumy ubezpieczenia w razie dożycia tak, by zachowane zostały pierwotne proporcje między nimi.
- 3) Pomniejszone sumy ubezpieczenia zostaną obliczone na podstawie wartości wykupu polisy w dniu dokonania zamiany na ubezpieczenie bezskładkowe, która to wartość zostanie potraktowana jako jednorazowa składka z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego oraz okresu pozostałego do dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.
- 4) Z dniem dokonania zamiany na ubezpieczenie bezskładkowe wygasa wymagalność wszelkich przyszłych składek z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Wygasają także wszelkie

zobowiązania wynikające z umów dodatkowych, które zostały dołączone do umowy ubezpieczenia.

- 5) Z dniem zamiany ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe Ubezpieczający traci prawo do wykupu polisy.

6.

Jeżeli w okresie prolongaty Towarzystwo będzie udzielało ochrony ubezpieczeniowej, a składka z tego tytułu nie zostanie opłacona, Towarzystwo ma prawo pomniejszyć rachunek zysków lub wartość wykupu, gdy rachunek zysków jest niewystarczający, o kwotę wymagalnej składki za udzielaną ochronę ubezpieczeniową w okresie prolongaty.

§ 8 Rachunek zysków

1.

W momencie wystawienia polisy Towarzystwo otworzy Ubezpieczającemu związany z polisą rachunek zysków.

2.

Na rachunku zysków gromadzone są: udział Ubezpieczającego w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych, kwoty wynikające z wpłat składek indeksacyjnych oraz składek doraźnych.

3.

Środki, o których mowa w ust. 2 lokowane są w fundusz, którego zasady działania określone są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Wyciąg z Regulaminu stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

4.

- 1) Środki gromadzone na rachunku zysków ewidencjonowane są w jednostkach uczestnictwa.
- 2) Środki gromadzone na rachunku zysków przeliczane są na jednostki uczestnictwa według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek na rachunek zysków. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek na rachunek zysków nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia na konto Towarzystwa składki indeksacyjnej, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności, składki doraźnej oraz naliczenia udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych.

5.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z funduszem ustalana jest przede wszystkim w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów funduszu oraz cena jednostki uczestnictwa ustalane są w oparciu o wartość rynkową wszystkich lokat związanych z funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalanych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) W każdym dniu wyceny jednostki uczestnictwa wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 5) Koszt zarządzania funduszem wskazano w Wyciągu z Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

6.

Likwidacja rachunku zysków następuje z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień § 7 ust. 3 pkt 6.

7.

W razie rozwiązania umowy na skutek zaprzestania opłacania składek lub wypowiedzenia umowy i gdy polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, środki zgromadzone na rachunku zysków zostaną wypłacone tylko jeśli były dokonywane wpłaty doraźne. Kwota wypłaconych środków nie może być wyższa niż nominalna suma wpłaconych składek doraźnych.

§ 9 Udział w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych

1.

W każdą rocznicę polisy, w której istnieje wartość wykupu polisy, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia.

2.

Podstawą do naliczenia zysku w każdą rocznicę polisy jest określona na ten dzień rezerwa matematyczna zdyskontowana o techniczną stopę procentową.

3.

Udział Ubezpieczającego w stopie zysku nie może być mniejszy niż 90% stopy zysku netto, osiągniętej przez Towarzystwo z tytułu zainwestowanych rezerw matematycznych, pomniejszonej o techniczną stopę procentową.

§ 10 Indeksacja składki ubezpieczeniowej

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego z wyłączeniem składek regularnych dodatkowych mogą podlegać indeksacji w rocznicę polisy, przy czym postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio.

2.

Przed rocznicą polisy Towarzystwo może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.

Wskaźniki indeksacyjne ustalane są decyzją dwóch członków Zarządu Towarzystwa.

4.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji albo wskazania własnej propozycji nowej wysokości składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki, przy czym postanowienia ust. 7 stosuje się odpowiednio. Składka zaproponowana przez Ubezpieczającego nie może być niższa od składki regularnej z pierwszego roku trwania umowy.

5.

Kwota zadeklarowana przez Ubezpieczającego w rocznicę polisy, wpłacana przez niego wraz ze składką regularną i powiększająca wymagalną składkę regularną wskazaną w polisie, zostanie uznana przez Towarzystwo za składkę indeksacyjną i po potrąceniu kosztu alokacji zostanie ulokowana na rachunku zysków przypisanym do polisy.

6.

Wysokość składki indeksacyjnej może ulegać zmianom tylko w rocznicę polisy.

7.

Jeżeli Towarzystwo zaproponowało kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji indeksacji, składka zostanie zindeksowana w oparciu o najniższy zaproponowany wskaźnik.

8.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjęcia indeksacji składki zgodnie z kwotą wpłacanej składki.

9.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości kosztu alokacji w stosunku do składek indeksacyjnych.

§ 11

Składka doraźna

1.

Ubezpieczający ma prawo do dokonywania wpłat składek doraźnych w każdym czasie.

2.

Składka doraźna po potrąceniu kosztu alokacji zostanie ulokowana na rachunku zysków przypisanym do polisy.

3.

Ubezpieczający może w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki doraźnej ustalonej przez Towarzystwo.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości kosztu alokacji w stosunku do składek doraźnych.

§ 12

Częściowa wypłata środków zgromadzonych na rachunku zysków

1.

Ubezpieczający, na pisemny wniosek, ma prawo dokonać częściowej wypłaty ze środków zgromadzonych na rachunku zysków.

2.

Ubezpieczający ma prawo dokonywać powyższej wypłaty nie częściej niż raz na 4 lata oraz jeżeli w ciągu ostatnich czterech lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek.

3.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo środków zgromadzonych na rachunku zysków jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
- b) innych dokumentów wskazanych przez Towarzystwo.

§ 13

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa ubezpieczenia wraz z wszelkimi dołączonymi do niej umowami dodatkowymi wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) dożycia Ubezpieczonego do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- b) śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy, z dniem śmierci,
- c) niezapłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnej składki w okresie, gdy polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, z dniem zakończenia okresu prolongaty,
- d) dokonania przez Ubezpieczającego wykupu polisy, z dniem doręczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup,

§ 14

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

Jeżeli polisa nie posiada wartości wykupu, a umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli 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 opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę wznowieniową w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa jest wznowiana z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wznowieniu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek i opłaty wznowieniowej.

4.

Towarzystwo może wznowić umowę ubezpieczenia bez składania przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku oraz konieczności spełnienia przez Ubezpieczonego warunków określonych w ust. 2 litera b) w wypadku wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek w terminie 90 dni od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 15

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony i Ubezpieczający mają obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które byli zapytywani we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

W razie niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie 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 zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 16 Wypłata świadczeń

1.

W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.

2.

Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia, o którym mowa w ust. 1 uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o zdarzeniu, o którym mowa w ust. 1 jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego potwierdzonej notarialnie.

4.

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni pisemnie lub drogą elektroniczną informuje o tym Ubezpieczającego i osoby uprawnione do otrzymania świadczenia oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

5.

W oparciu o przesłaną dokumentację Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:

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

6.

Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

7.

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 Towarzystwo spełnia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

8.

W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu powiększoną o środki zgromadzone na rachunku zysków określone według stanu na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.

9.

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

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) odpisu aktu zgonu,
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- e) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.

10.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia w razie dożycia Ubezpieczonego do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) dokumentu stwierdzającego datę urodzenia i tożsamość Ubezpieczonego,
- c) innych dokumentów niezbędnych dla rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

11.

Wszelkie świadczenia zostaną powiększone o wartość rachunku zysków przypadającą na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, nie później jednak niż na dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, w razie dożycia przez Ubezpieczonego do końca trwania umowy.

12.

Jeżeli wiek Ubezpieczonego określony we wniosku o ubezpieczenie został wskazany błędnie Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ponownego obliczenia składki odpowiadającej pierwotnie określonej sumie ubezpieczenia. Jeżeli nowa składka okaże się wyższa od tej, która była opłacana Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy wysokości wymienionych składek wraz z odsetkami.

13.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W wypadku śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w polisie.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, ich prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak jest Uposażonych i Uposażonych zastępczych 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 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.

14.

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

15.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

16.

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

§ 17

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwijaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

2.

Zmiana częstotliwości opłacania składek może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę polisy, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

3.

Czas trwania umowy oraz sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i w razie dożycia zostają określone w momencie zaakceptowania ryzyka i nie mogą ulec zmianie w trakcie jej trwania, o ile niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia nie stanowią inaczej.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do obciążenia Ubezpieczającego kosztami powstałymi z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego, związanymi z przeprowadzaniem zmian w umowie, wystawianiem duplikatów lub kopii polisy ubezpieczeniowej, administracyjnymi czynnościami związanymi z dokonywaniem cesji praw, itp.

5.

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

6.

Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości opłat zawartych w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.

Podwyżka opłat w ramach limitu wyznaczonego przez wskaźnik wzrostu cen towarów i usług za okres od ostatniej zmiany nie oznacza zmiany umowy.

§ 18

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.

Skargi lub zażalenia, związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający będący osobą fizyczną lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony ma prawo do dokonania cesji przysługujących mu praw z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 19

Obowiązki Towarzystwa

1.

Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń,
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym,
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, w szczególności sposobu kalkulacji udziału w zyskach Ubezpieczonego, określenia stopy technicznej, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w razie zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, o ile są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń,
- 4) opisu tych czynników w metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych, które mogą mieć wpływ na zmianę wysokości świadczenia Towarzystwa,
- 5) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń Towarzystwa.

2.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

3.

Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

§ 20

Postanowienia końcowe

1.

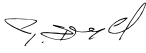
W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

2.


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

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 62/2003 z dnia 19 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku są w mocy tylko wówczas, 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 zasady, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

3.

Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

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

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej. Jest nim śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

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

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego

do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 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 razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego 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 Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej,
- c) śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku.

3.

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

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) 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,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,

- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta na czas określony umową ubezpieczenia, jednak nie przekraczający rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 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 się od dnia wystawienia polisy.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy.

§ 5

Składki ubezpieczeniowe

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- b) z dniem określonym w polisie jako dzień wygaśnięcia umowy dodatkowej,
- c) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
- d) zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, z dniem dokonania zamiany.

§ 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.

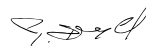
Umowa dodatkowa nie upoważnia Ubezpieczającego do udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw ubezpieczeniowych tworzonych na pokrycie zobowiązań Towarzystwa wynikających z tytułu umowy dodatkowej.

3.

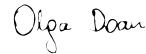
W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

4.


Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 63/2003 z dnia 19 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

§ 1 Postanowienia ogólne

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym.

2.
Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania są w mocy tylko wówczas, 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 zasady, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

3.
Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

1.
Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej stwierdzone jednoznacznie rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) lub przebiegu zabiegów operacyjnych wyszczególnionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt g), h), i) pod warunkiem, że objawy chorób zdefiniowanych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną bezpośrednią lub pośrednią dokonania zabiegów operacyjnych wskazanych w § 2 ust. 3 pkt g), h), i) pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby lub daty zabiegu operacyjnego (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach).

Okres karencji – czas, po którym rozpoczyna się okres odpowiedzialności. Wynosi on odpowiednio:
– 180 dni od daty wystawienia polisy lub aneksu do polisy potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania,
– 270 dni od daty wznowienia umowy lub podwyższenia sumy ubezpieczenia.
Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego niż określony powyżej okresu karencji.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

Składka regularna dodatkowa – składka z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat.

Szpital – zakład opieki zdrowotnej zarejestrowany w rejestrze wydziału zdrowia stosownego urzędu wojewódzkiego lub w rejestrze innego uprawnionego organu państwowego jako świadczący usługi medyczne wraz z hospitalizacją, lub jego odpowiednik za granicą.

Lekarz specjalista – lekarz o odpowiedniej specjalizacji powołany przez Towarzystwo.

Placówka medyczna – zakład opieki zdrowotnej lub osoba uprawniona do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej albo specjalistycznej praktyki lekarskiej.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

2.
W rozumieniu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, poniższe terminy będą oznaczać:
a) złośliwa choroba nowotworowa - niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium,
b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są wypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”,

- c) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),
- d) niewydolność nerek – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- e) całkowita utrata wzroku: całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie,
- f) stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - 1) potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - 2) obecność prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - 3) obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
- g) zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- h) zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje wyłącznie zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- i) przeszczep, Ubezpieczonemu jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

§ 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 wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy

najwcześniej w okresie odpowiedzialności. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji, jak również bez względu na kolejność ich przebywania. Skorzystanie z prawa do podniesienia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 9 ust. 2 nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

3.

Suma ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej może zostać określona jako 25% lub 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w umowie ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający, we wniosku o którym mowa w § 4 ust. 5, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązujące w Towarzystwie maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo przy wystawieniu polisy, zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

5.

Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w § 5 ust. 4 oraz § 9 ust. 2, wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna.

6.

Do niniejszych warunków ogólnych ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania nie mają zastosowania postanowienia § 3 ust. 2 pkt 2 i ust. 3 oraz § 15 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.),
- d) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- e) 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,
- f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- h) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- i) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

- j) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy,
- k) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

8.

Towarzystwo wolne jest także od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 3 pkt a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych § 2 ust. 3 pkt g), h), i) wystąpiły przed zawarciem umowy dodatkowej lub w okresie karencji, jak również w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w § 8 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień § 5 ust. 4, umowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznowieniowym. Przy automatycznym przedłużeniu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznowieniowego jest określony czasem trwania umowy ubezpieczenia jednak nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

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 54 lat.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na podstawie informacji zawartych w prawidłowo i kompletnie wypełnionym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonym na formularzu Towarzystwa, podpisanym przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego i dostarczonym Towarzystwu lub jego przedstawicielowi (z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 4 i ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia). Warunkiem udzielenia ochrony z tytułu niniejszej umowy jest akceptacja ryzyka przez Towarzystwo. Potwierdzeniem zaakceptowania ryzyka i zawarcia umowy dodatkowej jest oznaczenie jej w polisie dotyczącej umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym.

6.

Jeżeli po zaakceptowaniu ryzyka ubezpieczeniowego i wystawieniu polisy, Ubezpieczający odstąpi od umowy lub ją wypowie, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość potrącenia ze składki opłaty manipulacyjnej, zgodnie z obowiązującą taryfą opłat.

§ 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

Składka ubezpieczeniowa z tytułu niniejszej umowy dodatkowej opłacana jest w terminach i z częstotliwością określoną dla składki regularnej z umowy ubezpieczenia.

2.

Obowiązek opłacania składki wygasa wraz z terminem wygaśnięcia umowy dodatkowej lub z pierwszym terminem płatności składki regularnej z umowy ubezpieczenia, przypadającym w rocznicę polisy bezpośrednio poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

Z zastrzeżeniem § 5 ust. 4, składka ubezpieczeniowa w gwarantowanym okresie wznowieniowym jest stała.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości składki. W takim przypadku, Towarzystwo na 6 miesięcy przed datą zakończenia aktualnego rocznego okresu obowiązywania umowy, zaproponuje Ubezpieczającemu do wyboru – podwyższenie składki lub obniżenie sumy ubezpieczenia. W razie braku odpowiedzi Ubezpieczającego w ciągu 3 miesięcy od otrzymania pisemnej propozycji zmiany warunków opłacania składki uważa się, że umowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres z dotychczasową sumą ubezpieczenia i nową składką.

5.

Jeżeli termin płatności składki przypada po wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego a przed uznaniem przez Towarzystwo roszczenia z jego tytułu, zapłacona składka zostanie zwrócona Ubezpieczającemu w terminie płatności świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe,
- b) z końcem gwarantowanego okresu wznowieniowego,
- c) w rocznicę polisy, przypadającą bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat,
- d) z dniem uznania przez Towarzystwo roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej,
- e) w przypadku nie opłacenia do końca terminu prolongaty składki z niniejszej umowy dodatkowej.

§ 7

Wznowienie umowy dodatkowej

1.

W przypadku wygaśnięcia niniejszej umowy dodatkowej na skutek zaprzestania opłacania składek, może ona zostać za zgodą Towarzystwa wznowiona pod następującymi warunkami:

- a) umowa ubezpieczenia obowiązuje i nie została przekształcona na ubezpieczenie bezskładkowe lub podlega jednoczesnemu wznowieniu za zgodą Towarzystwa,
- b) spełnione są pozostałe warunki, których realizacja jest niezbędna przy wznowieniu umowy ubezpieczenia.

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które wystąpiły po raz pierwszy po upływie okresu karencji wynoszącym 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

§ 8

Wypłata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, Ubezpieczający lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia pisemnie lub drogą elektroniczną wskaże dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

2.

W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane zobowiązane są do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Za dokumenty takie uznaje się również wyniki badań potwierdzające zgodność jednostki chorobowej z przyjętą przez Towarzystwo definicją. Dokumenty te, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty rozpoznania choroby lub opuszczenia szpitala. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

5.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

6.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

- 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 Towarzystwo spełnia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

7.

W razie uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 9

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Poniższe ustępy zastępują § 17 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, za wyjątkiem postanowienia o czasie trwania umowy.

2.

Ubezpieczającemu przysługuje jednorazowe prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej z 25% na 50% lub z 50% na 75%, określonej w umowie ubezpieczenia, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci. Łączna suma ubezpieczenia po podwyższeniu nie może przekroczyć maksymalnej wysokości sumy ubezpieczenia dla umowy dodatkowej obowiązującej w momencie podwyższenia. Z prawa tego można skorzystać wyłącznie w piątą rocznicę polisy, pod warunkiem że od daty podwyższenia sumy do końca gwarantowanego okresu wznowieniowego pozostało co najmniej 5 lat, wiek Ubezpieczonego w momencie podwyższenia nie przekroczy 54 lat oraz Ubezpieczony przedstawi wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia, a Towarzystwo uzna, że pod względem rozpatrywanego ryzyka nie uległo ono pogorszeniu. Prawo do podwyższenia sumy nie przysługuje jeśli Ubezpieczający skorzystał z prawa do wznowienia umowy dodatkowej na warunkach § 7.

3.

Prawo do podwyższenia sumy ubezpieczenia nie przysługuje jeżeli do umowy ubezpieczenia dołączona jest również umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, a przed datą podwyższenia wystąpiło zdarzenie ubezpieczeniowe skutkujące odpowiedzialnością Towarzystwa z tej umowy. Jeżeli Towarzystwo dokonało podwyższenia sumy ubezpieczenia, podwyższenie takie nie będzie skuteczne.

4.

Warunkiem skorzystania z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia jest przesłanie przez Ubezpieczającego wniosku o podwyższenie sumy nie później niż na 90 dni przed datą rocznicy polisy, od której podwyższenie ma wejść w życie oraz akceptacja składki przedstawionej przez Towarzystwo. Za potwierdzenie akceptacji składki zostanie uznane opłacenie jej w nowej wysokości w pierwszym terminie płatności składki regularnej za okres przypadający po rocznicy polisy, od której podwyższenie wchodzi w życie.

5.

Jeżeli do umowy ubezpieczenia dołączona jest umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, Ubezpieczający, jednocześnie z wnioskiem wspomnianym w ust. 4, może wnioskować o objęcie tą umową dodatkową składki

wynikającej z podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo wyraża zgodę na objęcie umową dodatkową zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa dodatkowej składki z tytułu niniejszej umowy, poprzez zaproponowanie Ubezpieczającemu nowej wysokości składki z tytułu zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa wraz ze składką dodatkową z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania. Za potwierdzenie akceptacji składki zostanie uznane opłacenie jej w nowej wysokości w pierwszym terminie płatności składki regularnej za okres przypadający po rocznicy polisy, od której podwyższenie wchodzi w życie.

6.

W razie skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, w stosunku do wynikającej z tego tytułu dodatkowej sumy ubezpieczenia, mają zastosowanie zmienione postanowienia dotyczące okresu karencji. Oznacza to, że odpowiedzialność Towarzystwa pozostaje nie zmieniona przez okres 270 dni od daty podwyższenia i wynosi odpowiednio do stanu początkowego 25% lub 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci dla umowy ubezpieczenia. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia ma zastosowanie tylko do zdarzeń ubezpieczeniowych, które wystąpiły po raz pierwszy po okresie karencji związanej z podwyższeniem sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

7.

W razie skorzystania przez Ubezpieczającego z prawa do podwyższenia sumy ubezpieczenia, Towarzystwo obliczy nową wysokość składki z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia i przedstawi ją Ubezpieczającemu. Dodatkowa składka wynikająca z różnicy między dotychczasową a nową sumą ubezpieczenia zostanie obliczona zgodnie z taryfami składek z tytułu niniejszej umowy dodatkowej, obowiązującymi w dniu podwyższenia sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego w terminie podwyższenia.

§ 10 Postanowienia końcowe

1.

Umowa dodatkowa nie upoważnia Ubezpieczającego do udziału w zyskach od rezerw ubezpieczeniowych tworzonych na pokrycie zobowiązań z niej wynikających. Nie upoważnia ona również do dodatkowego świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

2.

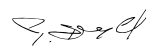
Umowa dodatkowa nie podlega wykupowi przez Towarzystwo.

3.

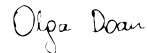
W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 64/2003 z dnia 19 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

§ 1 Postanowienia ogólne

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym.

2. Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa są w mocy tylko wówczas, 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 i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio także w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2 Definicje

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

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej. Jest nim inwalidztwo w rozumieniu umowy dodatkowej trwające nieprzerwanie 6 miesięcy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku którego Ubezpieczony, będący także Ubezpieczającym, jest niezdolny do opłacania składek.

Inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia potwierdzone przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do kontynuowania wykonywanej pracy zawodowej lub innej działalności zawodowej na podstawie posiadanego wykształcenia i doświadczenia zawodowego; jeżeli w okresie 12 miesięcy poprzedzających wystąpienie wyżej określonej utraty zdrowia Ubezpieczony nie był związany umową o pracę na pełnym etacie, pojęcie inwalidztwa rozszerza się o stałą potrzebę przebywania Ubezpieczonego pod stałą opieką medyczną w domu lub uznanej przez Towarzystwo instytucji przeznaczonej do udzielania tego typu opieki.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2 ‰

alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

2. Towarzystwo jest zobowiązane do spełnienia świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego wyłącznie w sytuacji, gdy inwalidztwo trwa nieprzerwanie co najmniej 6 miesięcy.

§ 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 podstawowych oraz składek regularnych dodatkowych z tytułu tych umów, które to przewidują.

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

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej dotyczy inwalidztwa poczynszy od daty wymagalności następnej składki następującej po powstaniu inwalidztwa, jeżeli inwalidztwo to nastąpiło przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

5. Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje inwalidztwa Ubezpieczonego będącego wynikiem:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- zaburzeń umysłu lub świadomości,
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych,
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.),
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- 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,
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,

- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta na czas określony umową ubezpieczenia, jednak nie przekraczający rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 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.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy.

§ 5

Składki ubezpieczeniowe

1.

Obowiązek opłacania składki regularnej dodatkowej wygasa po dacie wygaśnięcia umowy dodatkowej określonej w polisie, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy.

2.

W razie 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 jeśli powyższe roszczenie zostanie

odrzucone. W razie zaakceptowania roszczenia wpłacone składki, które są objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- b) z dniem określonym w polisie jako dzień wygaśnięcia umowy dodatkowej,
- c) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat,
- d) zamiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, z dniem dokonania zamiany,
- e) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7

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 dostarczania Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W razie 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 zasięgnięcia wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu.

4.

W okresie opłacania składek przez Towarzystwo składki indeksacyjne ulegają zawieszeniu.

5.

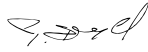
Umowa dodatkowa nie upoważnia Ubezpieczającego do udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw ubezpieczeniowych tworzonych na pokrycie zobowiązań Towarzystwa wynikających z tytułu umowy dodatkowej.

6.

W sprawach nie uregulowanych ogólnymi warunkami ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednio regulacje zawarte w Kodeksie cywilnym oraz ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

7.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 65/2003 z dnia 19 grudnia 2003 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 stycznia 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym

Tabela opłat

- | | |
|---|--|
| 1. Opłata administracyjna: | |
| a) związana z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia | • 70 zł |
| b) związana ze zwrotem składki przy wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia | • 30% składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia |
| 2. Opłata wznowieniowa: | |
| związana ze wznowieniem umowy ubezpieczenia | • 40 zł |
| 3. Koszt alokacji składki indeksacyjnej | • nie więcej niż 5% wysokości składki |
| 4. Koszt alokacji składki doraźnej | • nie więcej niż 5% wysokości składki |