

# Szczegółowe warunki grupowego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym „Bezpieczne jutro”

## § 1

### Postanowienia ogólne

Niniejsze szczegółowe warunki grupowego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym stanowią załącznik do Umowy Generalnej Grupowego Terminowego Ubezpieczenia na życie i dożycie z Planem Kapitałowym, zawartej między Towarzystwem Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna a Deutsche Bank PBC Spółka Akcyjna.

## § 2

### Definicje

Użyte w niniejszych szczegółowych warunkach ubezpieczenia określenia oznaczają:

- 1) **Akt przemocy** – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewała 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.
  - 2) **Akt terroru** – nielegalne akcje organizowane z pobudek ideologicznych lub politycznych, indywidualne lub grupowe, skierowane przeciwko osobom lub obiektom w celu wprowadzenia chaosu, zastraszenia ludności lub dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszenia dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych.
  - 3) **Cena jednostki uczestnictwa** – wartość Jednostki uczestnictwa funduszu, według której Ubezpieczyciel przelicza na Jednostki uczestnictwa środki alokowane na Rachunku zysków i wycofywane z Rachunku zysków.
  - 4) **Certyfikat** – imienny dokument, wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający objęcie Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
  - 5) **Deklaracja przystąpienia** – wniosek osoby fizycznej, o objęcie jej ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy ubezpieczenia i SWU, składany Ubezpieczającemu przez Przystępującego na odpowiednim formularzu.
  - 6) **Dyrekcja Generalna Allianz** – podstawowa jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Ubezpieczyciela (centrala). Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Ubezpieczyciela wskazany w Certyfikacie.
  - 7) **Działania wojenne** – ruchy wojsk, walki zbrojne (zarówno lądowe, morskie, jak i powietrzne) toczące się na terytorium, na którym trwa zorganizowana walka między państwami, narodami lub grupami społecznymi, religijnymi itp., prowadzona dla osiągnięcia oznaczonych celów.
  - 8) **Działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
    - a) stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu lub
    - b) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1dm<sup>3</sup>.
  - 9) **Dzień roboczy** – każdy dzień z wyjątkiem soboty i dnia ustawowo wolnego od pracy.
  - 10) **Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej** – dzień, w którym rozpoczyna się tymczasowa odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego, która po wystawieniu Certyfikatu staje się pełną.
  - 11) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy, Fundusz** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela, którą w części stanowią środki gromadzone w ramach Rachunku zysków.
  - 12) **Jednostki uczestnictwa** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz.
  - 13) **Klient/Przystępujący** – klient Ubezpieczającego, osoba fizyczna, która spełnia określone w Umowie ubezpieczenia warunki objęcia jej Ubezpieczeniem, w tym została zgłoszona przez Ubezpieczającego Towarzystwu do Ubezpieczenia.
  - 14) **Miesiąc polisowy** – okres przypadający pomiędzy dniami każdego miesiąca odpowiadającymi dniowi rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego; pierwszy miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, każdy kolejny miesiąc polisowy rozpoczyna się w dniu odpowiadającym dniowi rozpoczęcia ochrony każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego, a gdyby takiego dnia nie było – w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego.
  - 15) **Nieszcześnie wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie, które jednocześnie spełnia wszystkie poniższe kryteria:
    - a) jest niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego,
    - b) jest wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, która była bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia,
  - c) nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego,
  - d) było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela,
  - e) skutki zdarzenia pozostają w bezpośrednim, adekwatnym związku z przyczyną zewnętrzną, która wywołała zdarzenie.
- 16) **Okres odpowiedzialności** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela danemu Ubezpieczonemu pełnej ochrony ubezpieczeniowej określonej w § 3 ust. 2 pkt 2.1 i 2.2.
  - 17) **Okres odpowiedzialności tymczasowej** – okres, w którym Ubezpieczyciel udziela danemu Ubezpieczonemu, niepełnej ochrony ubezpieczeniowej określonej w § 3 ust. 4 z zastrzeżeniem ust. 5
  - 18) **Oplata administracyjna** – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do SWU, potrącana przez Ubezpieczyciela z kwoty zwracanej składki w razie rezygnacji z Ubezpieczenia przez Ubezpieczonego po upływie 30 dni od wystawienia Certyfikatu.
  - 19) **Okres ubezpieczenia** – łączny okres odpowiedzialności i odpowiedzialności tymczasowej. Jest on określony w Certyfikacie.
  - 20) **Rachunek zysków** – rachunek prowadzony dla danego Ubezpieczonego, na którym gromadzone są Jednostki uczestnictwa funduszu, nabyte ze zgromadzonego na Rachunku zysków Udziału w zyskach z zainwestowanej Rezerwy matematycznej oraz kwoty wynikającej z wpłat Składek indeksacyjnych i Składek doraźnych.
  - 21) **Regulamin** – Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A., wskazujący zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Wyciąg z Regulaminu stanowi załącznik do SWU.
  - 22) **Rezerwa matematyczna** – kwota pieniężna gromadzona przez Ubezpieczyciela w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części Składek regularnych na pokrycie przyszłych zobowiązań wobec danego Ubezpieczonego, wynikających z Umowy ubezpieczenia. Pojęcie Rezerwy matematycznej związanej z zawarciem umowy ubezpieczenia jest równoznaczne pojęciu rezerwy matematycznej. Na koniec Okresu ubezpieczenia danego Ubezpieczonego Rezerwa matematyczna jest równa wartości świadczenia wypłacanego w przypadku dożycia tego Ubezpieczonego końca Okresu ubezpieczenia.
  - 23) **Roczna stopa zysku** – wyrażona w procentach miara zysków osiągniętych przez Ubezpieczyciela z inwestycji Rezerwy matematycznej na przestrzeni roku.
  - 24) **Rocznica Ubezpieczenia** – każda rocznica daty określonej w Certyfikacie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego.
  - 25) **Rok Ubezpieczenia** – pierwsze 12 miesięcy od daty określonej w Certyfikacie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego oraz każde kolejne okresy ochrony ubezpieczeniowej wobec tego Ubezpieczonego między Rocznicami Ubezpieczenia.
  - 26) **Składka doraźna** – wpłata niezwiązana ze Składką regularną, uiszczana w dowolnym terminie trwania ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, lokowana na Rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji.
  - 27) **Składka indeksacyjna** – dodatkowa składka powiększająca Składkę regularną podstawową, która zgodnie z warunkami określonymi w SWU może być uiszczania począwszy od pierwszej Rocznicy Ubezpieczenia, lokowana na Rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji.
  - 28) **Składka regularna** – składka z tytułu objęcia Ubezpieczonego Ubezpieczeniem, której wysokość i termin płatności zostały określone w Deklaracji przystąpienia oraz potwierdzone w Certyfikacie.
  - 29) **Stopa zysku netto** – różnica pomiędzy Rocznią stopą zysku a Techniczną stopą procentową.
  - 30) **Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci** – określona w Deklaracji przystąpienia i potwierdzona w Certyfikacie kwota, która będzie wypłacona przez Ubezpieczyciela Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w Okresie odpowiedzialności.
  - 31) **Suma ubezpieczenia w razie dożycia** – określona w Deklaracji przystąpienia i potwierdzona w Certyfikacie kwota, która będzie wypłacona Ubezpieczonemu w razie dożycia przez niego dnia określonego w Certyfikacie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.
  - 32) **SWU** – niniejsze szczegółowe warunki ubezpieczenia.

- 33) **Techniczna stopa procentowa** – zakładana przez Allianz teoretyczna stopa zysku z inwestowania Rezerwy matematycznej w trakcie trwania Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego wynosząca 3,20% w skali roku.
- 34) **Ubezpieczający** – Deutsche Bank PBC Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie.
- 35) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna wskazana przez Ubezpieczającego, której życie jest przedmiotem Ubezpieczenia na podstawie Umowy ubezpieczenia.
- 36) **Ubezpieczyciel** – TU Allianz Życie Polska S.A.
- 37) **Udział w zyskach** – udział Ubezpieczonego w zyskach wynikających z inwestowania przez Ubezpieczyciela Rezerwy matematycznej.
- 38) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym, regulująca zasady na jakich Ubezpieczeni obejmowani są ochroną ubezpieczeniową na warunkach określonych w niniejszych SWU, zwaną dalej Ubezpieczeniem.
- 39) **Uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego.
- 40) **Uposażony Zastępczy** – osoba wyznaczona przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nie żyje albo nie istnieje, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu, lub utracił prawo do świadczenia.
- 41) **Wartość wykupu** – dodatnia wartość gotówkowa Ubezpieczenia wskazana w Certyfikacie określona metodą aktuarialną jako rezerwa matematyczna obowiązująca w momencie dokonania wykupu, pomniejszona o rozłożone w czasie koszty zawarcia ubezpieczenia pozostałe do końca Okresu odpowiedzialności.
- 42) **Zaakceptowanie ryzyka** – podjęcie decyzji przez Ubezpieczyciela o warunkach, na jakich przyjmie odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia danego Ubezpieczonego, dokonane na podstawie złożonej Deklaracji przystąpienia wraz z innymi wymaganymi dokumentami w przypadku, gdy Klient nie został objęty ubezpieczeniem w sposób automatyczny, czyli nie wymagający od Klienta dodatkowych oświadczeń / badań medycznych.
- 43) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową, stanowiące:
  - a) dożycie przez Ubezpieczonego dnia określonego w Certyfikacie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej albo
  - b) śmierć Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności albo
  - c) śmierć Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności tymczasowej.

### § 3

#### Przedmiot i zakres Ubezpieczenia

1.

Przedmiotem Ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia polega na wypłacie:

- 2.1 Ubezpieczonemu – sumy ubezpieczenia w razie dożycia przez niego dnia określonego w Certyfikacie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej (Suma ubezpieczenia w razie dożycia),
- 2.2 Uposażonemu – sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 (Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci),
- 2.3 Uposażonemu – sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w Okresie odpowiedzialności tymczasowej, zgodnie z ust. 4, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

3.

W przypadku śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty przystąpienia do ubezpieczenia,
- b) działań wojennych, stanu wojennego,
- c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach,

Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości Wartości wykupu powiększonej o środki zgromadzone na Rachunku zysków, określone według stanu na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

4.

W okresie od następnego dnia po podpisaniu Deklaracji przystąpienia do dnia, w którym wystawiono Certyfikat lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczo-

na wyłącznie do wypłaty określonej w Deklaracji przystąpienia 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. Zapis powyższy nie ma zastosowania w przypadku automatycznego objęcia ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z § 4 ust. 5.

5.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej, określony w ust. 4 (Ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa) nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącej wynikiem:

- a) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem 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) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa, samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- 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) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu), których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek, chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania w rozumieniu Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10,
- ł) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem, pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego.

### § 4

#### Warunki przystąpienia do Ubezpieczenia i okres ubezpieczenia

1.

Klient może przystąpić do Ubezpieczenia w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia i w każdym czasie może zrezygnować z obejmowania go ochroną.

2.

Do Ubezpieczenia można przystąpić na czas określony, nie krótszy niż 5 lat, pod warunkiem, że okres, na który Ubezpieczony przystępuje do Ubezpieczenia upłyne przed dniem, w którym Ubezpieczony ukończy 71 lat.

3.

Do Ubezpieczenia na podstawie Umowy ubezpieczenia może przystąpić osoba, która w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończony 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

4.

Przed podpisaniem Deklaracji przystąpienia Ubezpieczony ma obowiązek zapoznać się z treścią SWU.

5.

W przypadku, gdy Klient w „Deklaracji dobrego stanu zdrowia” zawartej w Deklaracji przystąpienia zaznaczy odpowiedź „Tak” a Suma Ubezpieczenia jest nie większa niż 150 000 PLN oraz okres liczony jako wiek Klienta w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wraz z okresem ubezpieczenia nie jest dłuższy niż 65 lat, Przystępujący zostaje automatycznie objęty ochroną ubezpieczeniową w dniu bezpośrednio następującym po dniu podpisania Deklaracji przystąpienia pod warunkiem wpływu pierwszej Składki regularnej na wskazany w Deklaracji przystąpienia rachunek bankowy Ubezpieczyciela. W takim przypadku zapisów z ust. 6-15 i 18-24 nie stosuje się.

6.

Ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela od następnego dnia po podpisaniu Deklaracji przystąpienia w przypadku spełnienia łącznie poniższych warunków:

- a) złożenia prawidłowo wypełnionej, kompletnej Deklaracji przystąpienia, podpisanej przez Przystępującego,
- b) opłacenia pierwszej Składki regularnej.

7.

Ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana przez Ubezpieczyciela od dnia wystawienia Certyfikatu w przypadku spełnienia warunków określonych w ust. 6 i w razie zaakceptowania ryzyka, o którym mowa w ust. 8 poniżej, przez Ubezpieczyciela.

8.

Ubezpieczyciel przystąpi do procesu Zaakceptowania ryzyka, jeśli spełnione zostaną niżej wymienione warunki:

- a) złożenie Oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia,
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom medycznym wskazanym przez Ubezpieczyciela, jeżeli są one wymagane, z wyłączeniem badań genetycznych,
- c) doręczenie na żądanie Ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym przystąpienie do Ubezpieczenia.

9.

Na podstawie uzyskanych zgodnie z ust. 8 powyżej informacji, w przypadkach uznanych w ocenie Ubezpieczyciela za niestandardowe, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:

- a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie,
- b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków Ubezpieczenia,
- c) niezaakceptowania ryzyka.

10.

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

11.

Ubezpieczyciel na żądanie Ubezpieczonego udostępni mu wyniki przeprowadzonych badań medycznych.

12.

Ubezpieczyciel może za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, 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, 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 Umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

13.

Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 12, do podmiotów tam określonych występuje lekarz upoważniony przez Ubezpieczyciela.

14.

Podmioty, o których mowa w ust. 12, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego do Ubezpieczyciela w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Ubezpieczyciela o przekazanie informacji.

15.

W przypadku jeżeli Ubezpieczyciel nie zaakceptuje ryzyka zobowiązany jest zwrócić wpłaconą składkę na rachunek bankowy Ubezpieczonego wskazany, w Deklaracji przystąpienia, w terminie do 30 dni kalendarzowych od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

16.

Ubezpieczyciel potwierdza objęcie Ubezpieczonego Ubezpieczeniem poprzez wystawienie Certyfikatu, który doręcza każdemu Ubezpieczonemu przesyłką listową.

17.

Ochrona ubezpieczeniowa względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Certyfikacie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

18.

Ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa względem danego Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu następującym po dniu podpisania Deklaracji przystąpienia i trwa do dnia, w którym wystawiono Certyfikat lub podjęto decyzję o odmowie zaakceptowania ryzyka ubezpieczeniowego. W powyższym okresie, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona wyłącznie do wypłaty świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, stosownie do postanowień § 3 ust. 4

19.

Ubezpieczyciel jest zobowiązany do podjęcia decyzji dotyczącej zaakceptowania lub odmowy akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia podpisania przez Ubezpieczonego Deklaracji przystąpienia.

20.

Wystawienie przez Ubezpieczyciela Certyfikatu potwierdza zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela ryzyka i udzielenie ochrony w pełnym zakresie określonym w Certyfikacie.

21.

Jeżeli Ubezpieczyciel nie wystawi Ubezpieczonemu Certyfikatu uczestnictwa w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania kompletnej i poprawnie wypełnionej Deklaracji przystąpienia, ochrona ubezpieczeniowa tymczasowa danego Ubezpieczonego wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu a Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu wpłaconą Składkę regularną w pełnej wysokości w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia wygaśnięcia wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu.

22.

W procesie akceptacji ryzyka, na podstawie uzyskanych od Ubezpieczonego informacji zawartych w Deklaracji przystąpienia oraz na podstawie dołączonych do niej dokumentów Ubezpieczyciel może odmówić przyjęcia do Ubezpieczenia bądź zaproponować Ubezpieczonemu zawarcie Ubezpieczenia z wysokością składki odbiegającą od tej wskazanej w Deklaracji przystąpienia.

22.1 W drugim przypadku Ubezpieczyciel pisemnie przedstawi Ubezpieczonemu nową wysokość składki, wskazując na różnicę między wysokością składki wskazaną w Deklaracji przystąpienia a proponowaną wysokością składki. Ponadto Ubezpieczyciel wyznaczy Ubezpieczonemu 14-dniowy termin do wniesienia sprzeciwu lub akceptacji zmienionych warunków ubezpieczenia oraz do dopłaty różnicy w składce w wysokości wskazanej w piśmie.

22.2 Sprzeciw przyjęcia nowej wysokości składki wyrażony w formie pisemnej pod rygorem nieważności jest traktowany jako rezygnacja z objęcia Ubezpieczeniem. Tak samo traktowany jest brak akceptacji przez Ubezpieczonego zmienionych warunków ubezpieczenia i / lub brak zapłaty różnicy w składce w terminie wskazanym w pkt 22.1.

23.

Jeżeli w okresie od dnia podpisania Deklaracji przystąpienia do dnia wystawienia Certyfikatu Ubezpieczyciel proponuje nową, zmienioną wysokość Składki regularnej, a Ubezpieczony jej nie zaakceptuje i / lub nie dokona zapłaty różnicy w składce, o której mowa w pkt. 22.1, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu wpłaconą Składkę regularną w pełnej wysokości w terminie 30 dni kalendarzowych od dnia upływu terminu, o którym mowa w pkt 22.1.

24.

Odpowiedzialność względem danego Ubezpieczonego wygasa w dniu wygaśnięcia ochrony, a także w dniu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o odmowie Zaakceptowania ryzyka.

25.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem danego Ubezpieczonego nie rozpoczyna się, jeżeli Składka zostanie opłacona po śmierci Ubezpieczonego.

26.

Ubezpieczony może zrezygnować z Ubezpieczenia począwszy od dnia przystąpienia do umowy ubezpieczenia do 30 dnia (włącznie) od daty wystawienia Certyfikatu. Rezygnacja następuje w formie pisemnej. W takim przypadku Ubezpieczyciel zwraca składkę za okres niewykorzystanej ochrony oraz informuje w formie pisemnej Ubezpieczonego o kwocie pobranej za udzieloną ochronę.

## § 5 Składki ubezpieczeniowe

1.

Składka regularna jest opłacana regularnie, z częstotliwością określoną w Deklaracji przystąpienia.

2.

Kwota i częstotliwość opłacania Składki regularnej ustalana jest indywidualnie dla każdego Ubezpieczonego i potwierdzona w Certyfikacie. Ubezpieczony wyraża zgodę na wysokość i częstotliwość opłacania Składki regularnej w Deklaracji przystąpienia.

3.

Wysokość Składki regularnej jest ustalana przez Ubezpieczyciela w zależności od wysokości Sumy ubezpieczenia na życie i dożycie, częstotliwości oraz według taryf obowiązujących u Ubezpieczyciela w dniu przystąpienia do Ubezpieczenia, zależnych od płci i wieku Ubezpieczonego oraz Okresu ubezpieczenia. Składka wynikająca z taryf może być podwyższona przez Ubezpieczyciela w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, przed wystawieniem Certyfikatu, w tym z uwagi na następujące czynniki:

- czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
- uprawiane przez Ubezpieczonego sport/hobby,
- wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
- tryb życia Ubezpieczonego.

4.

Do zapłaty składek, należnych z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej wobec Ubezpieczonych zobowiązany jest Ubezpieczający. Ubezpieczyciel i Ubezpieczający dopuszczają możliwość finansowania i jednocześnie opłacania Składki przez Ubezpieczonego. W takim wypadku Ubezpieczony oświadcza, że będzie finansował i opłacał Składkę regularną na zasadach wynikających z SWU w oświadczeniu złożonym w Deklaracji przystąpienia, akceptując jednocześnie jej wysokość, zaproponowaną przez Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel wyraża niniejszym zgodę na finansowanie i opłacanie składki ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego, który w Deklaracji przystąpienia złoży oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

5.

W razie złożenia przez Ubezpieczonego w Deklaracji przystąpienia oświadczenia, o którym mowa w ust. 4 powyżej, Ubezpieczony będzie opłacał Składkę regularną bezpośrednio na rachunek Ubezpieczyciela. Indywidualny numer rachunku bankowego, przeznaczony do opłacania Składki, zostanie podany Ubezpieczonemu na Deklaracji przystąpienia i w Certyfikacie.

6.

Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną w Deklaracji przystąpienia. W zależności od wyboru Ubezpieczonego, termin wymagalności składki może przypadać co rok, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w Certyfikacie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

7.

Pierwsza Składka regularna jest płatna w ciągu maksymalnie 14 dni od podpisania Deklaracji przystąpienia. W przypadku nieopłacenia składki w powyższym terminie Deklaracja przystąpienia zostaje unieważniona.

8.

Ubezpieczonemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej Składki regularnej, przysługuje prawo do 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności (dalej: Prolongata). W okresie Prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.

9.

W razie niezapłacenia Składki regularnej w terminie jej wymagalności Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego i Ubezpieczonego o zale-

głości w zapłacie Składki regularnej wskazując na skutek jej nieopłacenia. W razie niezapłacenia Składki regularnej w terminie 30 dni od daty jej wymagalności Ubezpieczyciel uznaje, że następuje rezygnacja z Ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień wskazanego powyżej terminu 30 dni, z zastrzeżeniem § 7 ust 3 (czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej) i ust. 4 (zamiana na ochronę bezskładkową).

10.

Za okres prolongaty, w którym Allianz udzielał ochrony ubezpieczeniowej, a składka z tego tytułu nie zostanie opłacona, Allianz ma prawo pomniejszyć rachunek zysków lub wartość wykupu, gdy rachunek zysków jest niewystarczający, o kwotę wymagalnej składki za udzieloną ochronę ubezpieczeniową w okresie prolongaty.

11.

Datą opłacenia Składki regularnej jest dzień wpływu Składki regularnej na wskazany przez Ubezpieczyciela rachunek bankowy.

12.

Składka doraźna po potrąceniu kosztu alokacji przeznaczana jest na zakup Jednostek uczestnictwa i zostaje ulokowana na Rachunku zysków przypisanym do danego Ubezpieczonego zgodnie z § 8 ust. 5.

13.

Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny Jednostki uczestnictwa z dnia, w którym Ubezpieczyciel dokonał wpisu Jednostek uczestnictwa na Rachunek zysków.

14.

W każdym czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej można dokonywać wpłat Składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie minimalnej wysokości Składki doraźnej, ustalonej przez Ubezpieczyciela.

## § 6 Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i wygaśnięcie odpowiedzialności Ubezpieczyciela

1.

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia. Za datę odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Allianz.

2.

W razie skorzystania z powyższego prawa Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczającemu lub Ubezpieczonemu (jeśli oświadczył on w Deklaracji przystąpienia, że będzie finansował i opłacał Składkę) opłaconą Składkę za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, w terminie 10 dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, co nie uchybia obowiązkom Ubezpieczyciela na wypadek zgonu Ubezpieczonego przed odstąpieniem przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia.

3.

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela względem Ubezpieczonego wygasa:

- z dniem odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w ust. 1,
- z dniem wpłynięcia wniosku Ubezpieczonego o Wykup/Rezygnację do Dyrekcji Generalnej Allianz,
- z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- z dniem dożycia przez Ubezpieczonego końca Okresu odpowiedzialności.

4.

Wykup Certyfikatu (dalej: Wykup)

4.1 W trakcie trwania Okresu odpowiedzialności Ubezpieczony ma prawo do Wykupu. Wykup zostanie dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczonego, złożony Ubezpieczycielowi w każdym czasie, nie później jednak niż przed upływem 30-dniowego okresu Prolongaty, o którym mowa w postanowieniu § 5 ust. 8.

4.2 Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu Wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania poprawnie wypełnionego wniosku o Wykup oraz kompletu dokumentów.

4.3 Wartość wykupu Certyfikatu będzie ustalona na dzień wpłynięcia do Dyrekcji Generalnej Allianz wniosku o Wykup, nie później jednak niż na dzień wymagalności pierwszej nieopłaconej składki. Wartość ta będzie pomniejszona o wszelkie wymagalne należności Ubezpieczonego względem Ubezpieczyciela, zgodnie z SWU.



- 4.4 Wartość wykupu może mieć wartość dodatnią począwszy od drugiego roku trwania Ochrony Ubezpieczeniowej. Wartość wykupu na dany Rok Ubezpieczenia wskazana jest każdorazowo w Certyfikacie.
- 4.5 W momencie dokonywania Wykupu do Wartości wykupu dodana zostanie wartość Rachunku zysków przypadająca na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela operacji Wykupu. Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na Rachunku jednostek danego Certyfikatu w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela wniosku o Wykup. Rejestracja Wniosku o wykup następuje niezwłocznie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz Wniosku o wykup, jednak nie później niż w ciągu 10 dni roboczych od daty wpłynięcia Wniosku o wykup.
- 4.6 Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Ubezpieczyciela Wartości wykupu są:
- kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, potwierdzona przez przedstawiciela Ubezpieczyciela, lub przedstawiciela Ubezpieczającego lub notariusza za zgodność z oryginałem,
  - inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o Wykup dokumenty, wskazane przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz wniosku o Wykup.
- 4.7 Kwota należna z tytułu Wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczonemu w formie jednorazowej wypłaty na wskazany przez Ubezpieczonego rachunek bankowy lub w inny sposób uzgodniony z Ubezpieczonym.

## § 7

### Postępowanie w razie zaprzestania opłacania Składki

1.

W przypadku nieopłacenia Składki w terminie jej wymagalności Ubezpieczyciel poinformuje o tym Ubezpieczającego, a ponadto wyśle do Ubezpieczonego który oświadczył, że będzie finansował i opłacał Składkę na zasadach wynikających z SWU, pismo z informacją o nieopłaceniu Składki, wskazując na skutki wynikające z braku uregulowania powstałej zaległości w maksymalnym terminie 30 dni od dnia wymagalności wskazanego w przesłanym piśmie.

2.

- 2.1. W przypadku braku zapłaty Składki regularnej w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, oraz gdy Wartość wykupu równa jest zeru Ubezpieczyciel uznaje, że nastąpiła rezygnacja z Ubezpieczenia ze skutkiem na ostatni dzień wskazanego powyżej terminu, a Ubezpieczony otrzyma środki pochodzące z likwidacji Rachunku zysków zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 12.
- 2.2 W przypadku nieopłacenia Składki regularnej w terminie jej wymagalności, oraz gdy Wartość wykupu jest większa od zera, Ubezpieczony ma prawo w okresie Prolongaty złożyć Ubezpieczycielowi wniosek o czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej albo wniosek o Wykup albo wniosek o zmianę ochrony na ochronę bezskładkową. Jeżeli w okresie Prolongaty nie zostanie złożony wniosek o Wykup lub o czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej, Ubezpieczyciel ma prawo zmienić zasady udzielania ochrony w ten sposób, że Ubezpieczony otrzyma ochronę bezskładkową począwszy od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej Składki regularnej.

3.

Czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej

- 3.1 Czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczonego złożony Ubezpieczycielowi przed upływem okresu Prolongaty.
- 3.2 W okresie czasowego zawieszenia opłacania Składki regularnej Ubezpieczony zwolniony jest z obowiązku opłacania Składki regularnej. Kwoty w wysokości Składki regularnej (z wyłączeniem Składki indeksacyjnej) – pobierane są ze środków zgromadzonych na Rachunku zysków. Jednostki uczestnictwa są umarzone według ceny Jednostki uczestnictwa z dnia wymagalności należnej Składki regularnej w okresie czasowego zawieszenia opłacania Składki regularnej.
- 3.3 Ubezpieczony ma prawo dokonać czasowego zawieszenia opłacania Składki regularnej na okres nie dłuższy niż 12 miesięcy i nie częściej niż raz na 4 lata.
- 3.4 Czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej może nastąpić wyłącznie na okres, za jaki Składka regularna może być pokryta ze środków zgromadzonych na Rachunku zysków, oraz jeżeli w ciągu ostatnich 4 lat nie nastąpiła żadna częściowa wypłata środków zgromadzonych na Rachunku zysków.
- 3.5 Jeżeli ze względu na niewystarczającą ilość środków na Rachunku zysków czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej nie może nastąpić na okres wnioskowany przez Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zawiesi opłacanie Składki regularnej na możliwie najdłuższy okres, na jaki pozwalają na to środki zgromadzone na Rachunku zysków.

- 3.6 W okresie czasowego zawieszenia opłacania Składki regularnej warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie.
- 3.7 Ubezpieczony traci prawo do indeksacji Składki regularnej w rocznicę Ubezpieczenia przypadającą w okresie czasowego zawieszenia opłacania Składki regularnej.

4.

Zamiana na ochronę bezskładkową

- 4.1 Jeżeli w okresie Prolongaty nie zostanie złożony wniosek o Wykup lub o czasowe zawieszenie opłacania Składki regularnej, Ubezpieczyciel przekształci Ubezpieczenie na ochronę bezskładkową na podstawie wysłanego do Klienta aneksu do Certyfikatu.
- 4.2 Zamiana na ochronę bezskładkową polega na pomniejszeniu Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i Sumy ubezpieczenia w razie dożycia tak, by zachowane zostały pierwotne proporcje między nimi.
- 4.3 Pomniejszone sumy ubezpieczenia zostaną obliczone na podstawie wartości Wykupu w dniu dokonania zamiany na ochronę bezskładkową, która to wartość zostanie potraktowana jako jednorazowa składka z uwzględnieniem wieku Ubezpieczonego oraz okresu pozostałego do dnia wygaśnięcia Ubezpieczenia.
- 4.4 Z dniem dokonania zamiany na ochronę bezskładkową wygasa wymagalność roszczeń Towarzystwa z tytułu Składki regularnej opłacanej w związku z udzielaną ochroną ubezpieczeniową.

## § 8

### Rachunek zysków

1.

W momencie wystawienia Certyfikatu Ubezpieczyciel otworzy Ubezpieczonemu związany z Ubezpieczeniem Rachunek zysków.

2.

Na Rachunku zysków gromadzone są: udział Ubezpieczonego w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych (Udział w zyskach), kwoty wynikające z wpłat Składki indeksacyjnej oraz Składki doraźnej.

3.

Środki, o których mowa w ust. 2, lokowane są w Fundusz, którego zasady działania określone są w Regulaminie.

4.

Środki gromadzone na Rachunku zysków ewidencjonowane są w Jednostkach uczestnictwa.

5.

Środki gromadzone na Rachunku zysków przeliczane są na Jednostki uczestnictwa według ceny Jednostki uczestnictwa z dnia, w którym Ubezpieczyciel dokonał wpisu danej liczby Jednostek uczestnictwa na Rachunek zysków. Ubezpieczyciel dokonuje wpisu Jednostek uczestnictwa na Rachunek zysków nie później niż 5 dnia roboczego od daty wpłynięcia na konto Ubezpieczyciela Składki indeksacyjnej (nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności), Składki doraźnej lub naliczenia Udziału w zyskach od zainwestowanych Rezerw matematycznych.

6.

Wartość rynkowa lokat związanych z Funduszem ustalana jest w oparciu o zasady określone w przepisach o rachunkowości.

7.

Wartość aktywów Funduszu oraz cena Jednostki uczestnictwa ustalane są według zasad określonych w Regulaminie.

8.

Wycena Jednostek uczestnictwa jest dokonywana według zasad ustalanych przez Ubezpieczyciela, określonych w Regulaminie.

9.

W każdym dniu wyceny Jednostki uczestnictwa wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania Funduszem.

10.

Koszt zarządzania Funduszem wskazano w Regulaminie.

11.

Likwidacja Rachunku zysków danego Ubezpieczonego następuje z dniem wygaśnięcia ochrony w stosunku do tego Ubezpieczonego, chyba że Ubezpieczony złoży wcześniej wniosek o Wykup.

12.

W razie rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego, w tym na skutek zaprzestania opłacania składek i gdy Wartość wykupu jest równa zeru, środki zgromadzone na Rachunku zysków zostaną wypłacone tylko wtedy, jeśli były dokonywane jakiegokolwiek Wpłaty doraźne. Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela rezygnacji z ochrony na skutek zaprzestania opłacania składek. Kwota wypłaconych środków nie może być wyższa od nominalnej sumy wpłaconych Składek doraźnych.

## § 9

### Udział w zyskach od zainwestowanej Rezerwy matematycznej

1.

W każdą rocznicę Ubezpieczenia, w której Wartość wykupu jest wyższa od zera, Ubezpieczonemu przysługuje prawo do Udziału w zyskach od zainwestowanej Rezerwy matematycznej, związanej z przystąpieniem do Ubezpieczenia (Udział w zyskach).

2.

Podstawą do naliczenia zysku w każdą rocznicę Ubezpieczenia jest określona na ten dzień Rezerwa matematyczna, pomniejszona przy użyciu Technicznej stopy procentowej w stosunku rocznym. Pomniejszenie to polega na skorygowaniu wartości Rezerwy matematycznej w celu odzwierciedlenia wartości realnie zainwestowanych środków na początku roku, za który naliczany jest Udział w zyskach.

3.

Udział Ubezpieczonego w zyskach nie może być mniejszy aniżeli 90% Stopy zysku netto w stosunku rocznym, odniesionej do podstawy o której mowa w ust. 2. Stopa zysku netto obliczana jest jako nadwyżka Rocznej stopy zysku ponad Techniczną stopę procentową według wzoru:

Stopa zysku netto = Roczna stopa zysku – (minus) Techniczna stopa procentowa

4.

Udział Ubezpieczonego w zyskach od zainwestowanej rezerwy matematycznej nalicza się zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu, za okres jednego roku. Stopa zysku netto ustalana jest na koniec miesiąca bezpośrednio poprzedzającego miesiąc, w którym przypada rocznica Ubezpieczenia.

5.

Udział Ubezpieczonego w zyskach podlega zapisowi na Rachunku zysków, prowadzonym dla tego Ubezpieczonego.

## § 10

### Indeksacja Składki regularnej

1.

Opłacana Składka regularna, może podlegać indeksacji w rocznicę Ubezpieczenia, przy czym postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio.

2.

Przed rocznicą Ubezpieczenia Ubezpieczyciel może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczonemu nową wysokość Składki regularnej.

3.

Wskaźniki indeksacyjne ustalane są decyzją dwóch członków Zarządu Ubezpieczyciela.

4.

Ubezpieczony, który opłaca Składkę regularną na podstawie oświadczenia zawartego w Deklaracji przystąpienia ma prawo do przyjęcia lub odmowy przyjęcia propozycji indeksacji albo wskazania własnej propozycji nowej wysokości Składki indeksacyjnej. Oświadczenie Ubezpieczonego o odmowie przyjęcia propozycji indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczonego co do propozycji Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od otrzymania przez Ubezpieczonego propozycji indeksacji jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Ubezpieczyciela indeksacji składki, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7.

5.

Kwota zadeklarowana przez Ubezpieczonego w Rocznicę Ubezpieczenia, wpłacana wraz ze Składką regularną i powiększająca wymagalną Składkę regularną, wskazaną w Certyfikacie, zostanie uznana przez Ubezpieczyciela

za Składkę indeksacyjną i po potrąceniu kosztu alokacji zostanie ulokowana na Rachunku zysków przypisanym do danego Ubezpieczonego.

6.

Wysokość Składki indeksacyjnej może ulegać zmianom tylko w rocznicę Ubezpieczenia.

7.

Jeżeli Ubezpieczyciel zaproponował kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczonego co do propozycji indeksacji, Składka zostanie zindeksowana w oparciu o najniższy zaproponowany wskaźnik.

## § 11

### Częściowa wypłata środków zgromadzonych na Rachunku zysków

1.

Ubezpieczony, na pisemny wniosek, ma prawo dokonać częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Rachunku zysków. Jednostki wycofywane z Rachunku zysków są umarzane według ceny Jednostki uczestnictwa z dnia zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela operacji częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Rachunku zysków. Wysokość wypłaty z Rachunku zysków ustala się według wartości Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach Jednostek uczestnictwa w dniu zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela operacji częściowej wypłaty. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz wniosku o częściową wypłatę, jednak nie później niż w ciągu 10 dni roboczych od daty wpłynięcia poprawnie wypełnionego wniosku o częściową wypłatę.

2.

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

3.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela środków zgromadzonych na Rachunku zysków jest przedstawienie następujących dokumentów:

- kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego, potwierdzonej przez przedstawiciela Ubezpieczyciela lub przedstawiciela Ubezpieczającego lub notariusza za zgodność z oryginałem,
- innych dokumentów, wskazanych przez Ubezpieczyciela na piśmie po wpłynięciu do Dyrekcji Generalnej Allianz wniosku o Wykup.

## § 12

### Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, do podania których był zobligowany w Deklaracji przystąpienia lub w innych pismach poprzedzających wystawienie Certyfikatu.

2.

Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej wobec danego Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu zatajenia istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia danego Ubezpieczonego.

## § 13

### Wypłata świadczeń

1.

W razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego w postaci śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione, zobowiązane są do pisemnego powiadomienia Ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

2.

Za moment zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym Zdarzeniu ubezpieczeniowym do Dyrekcji Generalnej Allianz.

3.

Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego, potwierdzonej notarialnie lub przez pracownika Ubezpieczającego.

4.

Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel w terminie 7 dni pisemnie lub drogą elektroniczną informuje o tym Ubezpieczającego i osoby uprawnione do otrzymania świad-

czenia oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

5.

Na podstawie przesłanej dokumentacji Ubezpieczyciel przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:

- a) potwierdzenia śmierci Ubezpieczonego,
- b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
- c) wysokości świadczenia (świadczeń) podlegającego wypłacie z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- e) sposobu przekazania świadczenia.

6.

Podstawą do wypłaty przez Ubezpieczyciela świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów w oryginale lub w kopii potwierdzonej notarialnie lub przez pracownika Ubezpieczającego:

- a) odpisu aktu zgonu,
- b) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu,
- c) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- d) prawa jazdy Ubezpieczonego i dowodu rejestracyjnego prowadzonego przez niego pojazdu w razie śmierci Ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego,
- e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia, wskazanych przez Ubezpieczyciela, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.

7.

Świadczenie na wypadek śmierci zostanie powiększone o wartość Rachunku zysków przypadającą na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Rejestracja następuje nie później niż w ciągu 5 dni roboczych od daty wpłynięcia zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Allianz.

8.

Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.

9.

W razie śmierci Uposażonego przed zajściem Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w ust. 1 lub utraty przez niego prawa do świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji, wynikających z zapisu w Certyfikacie.

10.

W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia lub też utraty przez nich prawa do świadczenia, o którym mowa w ust. 9 prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w ust. 9.

11.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych lub 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, jeśli brak współmałżonka,
- c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka,
- d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka,
- e) w równych częściach innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeśli brak osób wymienionych powyżej.

12.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę

wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzenia swoich roszczeń na drodze sądowej.

13.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (Uposażonego Zastępczego) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci, zarówno przy przystępowaniu do Ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jego obowiązywania.

14.

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

15.

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

- a) wniosku o wypłatę świadczenia podpisanego przez Ubezpieczonego,
- b) dokumentu stwierdzającego datę urodzenia i tożsamość Ubezpieczonego,
- c) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Ubezpieczyciela z tytułu Ubezpieczenia, wskazanych przez Ubezpieczyciela.

16.

Świadczenie z tytułu dożycia zostanie powiększone o wartość Rachunku zysków przypadającą na dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej.

17.

W razie zgłoszenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia po wygaśnięciu Ubezpieczenia wartość Jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach Jednostek uczestnictwa liczona jest według ceny Jednostek uczestnictwa z dnia zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela wygaśnięcia Ubezpieczenia.

18.

Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty wpłynięcia do Dyrekcji Generalnej Allianz pisemnego zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.

19.

Gdyby w terminie określonym w ust. 18 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel spełnia w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.

20.

W razie odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci Wartość wykupu powiększoną o środki zgromadzone na Rachunku zysków, określone według stanu na dzień zarejestrowania w systemie obsługi polis Ubezpieczyciela zawiadomienia o Zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Rejestracja następuje nie później niż w ciągu 5 dni roboczych od daty wpłynięcia zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Allianz.

## § 14

### Zmiany warunków Ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia

1.

Zmiana częstotliwości opłacania Składki regularnej może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę przystąpienia danego Ubezpieczonego do Ubezpieczenia, przy uwzględnieniu składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

2.

Czas trwania ochrony ubezpieczeniowej 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 SWU nie stanowią inaczej.

## § 15

### Rozpatrywanie skarg i zażaleń

Skargi lub zażalenia, związane z zawarciem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Ge-

neralnej Allianz. Skargi oraz zażalenia rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie 30 dni od dnia ich złożenia. Skargi lub zażalenia mogą być także wnoszone do Rzecznika Ubezpieczonych. Powyższe postanowienia nie uchybiają prawu do skierowania sprawy na drogę sądową.

## § 16

### Pozostałe obowiązki stron Umowy ubezpieczenia

W przypadku zmiany prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przesłania Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu pisemnej informacji w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu Umowy ubezpieczenia.

## § 17

### Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nieuregulowanych SWU 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 Ubezpieczyciela w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków grupowego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym „Bezpieczne jutro”

### Tabela opłat

1.	Opłata administracyjna związana ze zwrotem składki przy wystąpieniu z Ubezpieczenia Opłata administracyjna jest pobierana jeżeli spełnione są następujące warunki: 1) Ubezpieczony wystąpił z Ubezpieczenia po upływie 30 dni od dnia wystawienia Certyfikatu, 2) częstotliwość opłacania składki wybrana przez Ubezpieczonego jest inna niż miesięczna, 3) Ubezpieczony dokonał nadpłaty składki. W przypadku opisanym w zdaniu powyżej, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu Wartość wykupu, zgodnie z warunkami SWU oraz kwotę nadpłaconych składek pomniejszoną o 10% ich wartości.	10% składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia
2.	Koszt alokacji składki indeksacyjnej	5% wysokości składki
3.	Koszt alokacji składki doraźnej	5% wysokości składki
4.	Minimalna wysokość składki doraźnej	500 zł



## Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A. (wyciąg)

### § 1. Postanowienia ogólne

1.  
Niniejszy Regulamin określa zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, tworzonych przez TU Allianz Życie Polska S.A. w ramach ubezpieczenia na życie, zgodnie z ustawą z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

2.  
Allianz tworzy następujące Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe:

1) Fundusz Gwarantowany,  
(...)

3.  
Użyte w niniejszym Regulaminie określenia oznaczają:

- 1) **Allianz** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna,
- 2) **Fundusz** – wydzielona część aktywów Allianz tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia,
- 3) **Wartość Aktywów Netto (WAN)** – wartość wszystkich aktywów Funduszu pomniejszona o jego zobowiązania,
- 4) **Spółka Zarządzająca** – Allianz lub spółka, która na mocy porozumienia z Allianz ma prawo do zarządzania Aktywami Netto Funduszu,
- 5) **Dzień Wyceny** – dzień, na który zostaje ustalona Wartość Netto Aktywów Funduszu,
- 6) **Jednostki Uczestnictwa** – części o równej wartości, na które podzielony jest Fundusz,
- 7) **Uczestnik Funduszu** – podmiot, na rzecz którego nabyte zostały jednostki uczestnictwa, pochodzące ze składek z umowy ubezpieczenia zawartej z Allianz,
- 8) **Cena Jednostki Uczestnictwa** – Wartość Aktywów Netto podzielona przez ilość jednostek uczestnictwa Funduszu,
- 9) **Cena kupna jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa,
- 10) **Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – wartość jednostki uczestnictwa Funduszu, według której Allianz przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Allianz. Cena sprzedaży równa się Wartości Aktywów Netto podzielonej przez ilość jednostek uczestnictwa Funduszu,
- 11) **Rachunek jednostek** – rachunek Uczestnika Funduszu, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa,
- 12) **Ustawa** – ustawa z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej.

### § 2. Cel inwestycyjny Funduszy

1.  
Celem inwestycyjnym Funduszy jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat.

2.  
Fundusz Gwarantowany

- 1) Allianz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 1,
  - 2) ryzyko obniżenia wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu Gwarantowanego w okresie pełnego roku kalendarzowego jest w całości ponoszone przez Allianz,
  - 3) pełen rok kalendarzowy jest rozumiany jako okres pomiędzy dniami 31 grudnia kolejno po sobie następujących lat kalendarzowych,
  - 4) w razie spadku wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu w okresie pełnego roku kalendarzowego, Allianz zobowiązuje się wyrównać Uczestnikom Funduszu powstałą różnicę, wpłacając do Funduszu kwotę stanowiącą równowartość niedoboru.
- (...)

### § 3. Kategorie dopuszczalnych lokat Funduszy

Aktywa Funduszu mogą być inwestowane w wymienione poniżej instrumenty finansowe o dowolnej charakterystyce:

- 1) obligacje, bony i inne papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski, a także w pożyczki i kredyty udzielone tym podmiotom,
- 2) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, opiewające na świadczenia pieniężne, gwarantowane lub poręczane przez Skarb Państwa albo Narodowy Bank Polski, a także w depozyty, kredyty i pożyczki gwarantowane lub poręczane przez te podmioty,
- 3) depozyty bankowe i bankowe papiery wartościowe,
- 4) akcje spółek notowanych na regulowanym rynku giełdowym,
- 5) akcje spółek notowanych na regulowanym rynku pozagiełdowym lub spółek nie notowanych na regulowanym rynku giełdowym i na regulowanym rynku pozagiełdowym, lecz dopuszczonych do publicznego obrotu,
- 6) akcje narodowych funduszy inwestycyjnych,
- 7) certyfikaty inwestycyjne emitowane przez fundusze inwestycyjne zamknięte lub fundusze inwestycyjne mieszane,
- 8) jednostki uczestnictwa zbywane przez fundusze inwestycyjne otwarte i specjalistyczne fundusze inwestycyjne otwarte,
- 9) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto stołeczne Warszawę, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- 10) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto stołeczne Warszawę, które nie są dopuszczone do publicznego obrotu,
- 11) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto stołeczne Warszawę, które zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- 12) zabezpieczone całkowicie obligacje emitowane przez podmioty inne niż jednostki samorządu terytorialnego, ich związki lub miasto stołeczne Warszawę, które nie zostały dopuszczone do publicznego obrotu,
- 13) obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, inne niż papiery wartościowe, o których mowa w punktach 11) i 12),
- 14) listy zastawne,
- 15) instrumenty pochodne, jak opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne o ile takowe służą zmniejszeniu ryzyka związanego z aktywami funduszu,
- 16) inne lokaty, które w drodze rozporządzenia, może określić Rada Ministrów.

### § 4. Polityka inwestycyjna, kryteria doboru lokat, zasady dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne Funduszy

1.  
Fundusz Gwarantowany

- 1) Fundusz realizuje cel inwestycyjny poprzez inwestowanie aktywów w krótko- i średnioterminowe instrumenty dłużne, głównie emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski. Fundusz może inwestować Aktywa Funduszu w inne instrumenty finansowe dozwolone przepisami prawa i postanowieniami Regulaminu.
- 2) Głównym kryterium, którym kieruje się Fundusz w odniesieniu do wszystkich rodzajów lokat jest wzrost wartości Aktywów Funduszu w długim horyzoncie inwestycyjnym.
- 3) Stan finansowy i perspektywy rozwoju podmiotów, które wyemitowały instrumenty finansowe, które mają być przedmiotem inwestycji Funduszu są ustalane na podstawie wszechstronnej analizy dokonywanej przez Allianz.
- 4) Aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3., z wyłączeniem punktów 4), 5) i 6).
- 5) Fundusz może lokować do 10% wartości Aktywów Funduszu w instrumenty finansowe wyemitowane przez jeden podmiot.

- 6) Zasad, o których mowa w punkcie 5) nie stosuje się do lokat w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3. punkt 7) i 8), jak również w instrumenty finansowe poręczone lub gwarantowane przez:
- Skarb Państwa i Narodowy Bank Polski,
  - jednostkę samorządu terytorialnego,
  - państwo członkowskie,
  - jednostkę samorządu państwa członkowskiego,
  - państwo należące do OECD,
  - międzynarodową instytucję finansową, której członkiem jest Rzeczpospolita Polska lub co najmniej jedno państwo członkowskie.
- 7) Aktywa Funduszu Gwarantowanego mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 3. punkt 7) i 8), jeśli statut funduszy opisanych w punktach 7) i 8) nie dopuszcza lokat w instrumenty wymienione w punktach 4), 5), 6).
- (...)

9.

Fundusz nie może zbywać swoich aktywów:

- członkom Zarządu lub Rady Nadzorczej Allianz,
- osobom zatrudnionym w Allianz,
- osobom pozostającym z osobami wymienionym w punkcie 1) i 2) w związku małżeńskim, stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa.

10.

Fundusz nie może nabywać aktywów od któregośkolwiek podmiotu wymienionego w § 4. ust. 9.

## § 5.

### Ustalanie Wartości Netto Aktywów Funduszu i wycena Jednostki Uczestnictwa

1.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu jest ustalana w Dniu Wyceny, tj. każdego dnia roboczego z wyjątkiem sobót, z dokładnością do jednego grosza.

2.

Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu wycenia się na podstawie wartości rynkowej według ich stanu w Dniu Wyceny.

3.

Wartość Aktywów Netto Funduszu ustala się odejmując od całości aktywów zobowiązania obciążające Fundusz.

4.

Cenę Jednostki Uczestnictwa ustala się dzieląc Wartość Aktywów Netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach w Dniu Wyceny liczbę Jednostek Uczestnictwa z dokładnością do 4 miejsc po przecinku.

5.

Do ustalenia Wartości Aktywów Netto zobowiązany jest Allianz.

6.

Allianz informuje Uczestników Funduszu o Cenie Jednostki Uczestnictwa nie rzadziej niż raz w miesiącu. Wyceny funduszy są publikowane na stronie internetowej [www.allianz.pl](http://www.allianz.pl).

## § 6.

### Koszty obciążające Fundusz

1.

Działalność Funduszu jest finansowana bezpośrednio z aktywów Funduszu oraz ze środków Allianz zgodnie z postanowieniami Ustawy oraz umowami z Uczestnikami Funduszu.

2.

Bezpośrednio z aktywów Funduszu finansowane są:

- koszty związane z realizacją transakcji nabycia i zbycia aktywów Funduszu, stanowiące równowartość opłat ponoszonych na rzecz osób trzecich, z których pośrednictwa Fundusz jest zobowiązany korzystać na mocy odrębnych przepisów,
- koszty zarządzania Funduszem przez Allianz odpowiadające wysokości wynagrodzenia pobieranego przez Allianz.

3.

Wysokość wynagrodzenia pobieranego za zarządzanie Funduszem wynosi 2% Aktywów Netto Funduszu w skali roku.

4.

Koszty działalności Funduszu, które nie są pokrywane bezpośrednio z aktywów Funduszu, są pokrywane przez Allianz.

(...)

## § 8.

### Postanowienia końcowe

1.

Zmiana niniejszego Regulaminu może nastąpić wyłącznie w drodze uchwały Zarządu Allianz.

# Informacja Allianz o opodatkowaniu świadczeń ubezpieczeniowych

## Opodatkowanie kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych

Zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 4) ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. Nr 14, poz. 176 z późn. zm.), zwanej dalej u.o.p.d.o.f., od podatku dochodowego wolne są kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

- a) odszkodowań za szkody dotyczące składników majątku związanych z prowadzoną działalnością gospodarczą lub prowadzeniem działów specjalnych produkcji rolnej, z których dochody są opodatkowane zgodnie z art. 27 ust. 1 lub art. 30c u.o.p.d.o.f.;
- b) dochodu otrzymanego z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej – w wypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi.

Funduszami kapitałowymi w rozumieniu u.o.p.d.o.f. są fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w przepisach o funduszach inwestycyjnych, oraz ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe działające na podstawie przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej, z wyjątkiem funduszy emerytalnych, o których mowa w przepisach o organizacji i funkcjonowaniu funduszy emerytalnych.

Przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych są (w myśl art. 17 ust. 1 pkt 5 u.o.p.d.o.f.) przychodami z kapitałów pieniężnych. Zgodnie z art. 30a ust. 1 pkt 5 u.o.p.d.o.f., od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych pobiera 19-procentowy zryczałtowany podatek dochodowy. Dochodem, o którym mowa w art. 30a ust. 1 pkt 5 u.o.p.d.o.f., jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia i sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy. Dochodu tego nie pomniejsza się o straty z tytułu udziału w funduszach kapitałowych oraz inne straty z kapitałów pieniężnych i praw majątkowych, poniesione w roku podatkowym oraz w latach poprzednich.

Nie ustala się przychodu z tytułu umorzenia jednostek uczestnictwa subfunduszu funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, w przypadku zamiany jednostek uczestnictwa subfunduszu na jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego, dokonanej na podstawie przepisów o funduszach inwestycyjnych (art. 17 ust. 1c u.o.p.d.o.f.).

Zgodnie z art. 52a ust. 1 pkt 3 u.o.p.d.o.f., od podatku dochodowego są zwolnione dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r. Zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu, w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r. Zwolnione od podatku dochodowego są jednak wypłaty środków z pracowniczego programu emerytalnego:

- a) transferowe środków zgromadzonych w ramach pracowniczego programu emerytalnego do innego pracowniczego programu emerytalnego lub na indywidualne konto emerytalne w rozumieniu przepisów o indywidualnych kontach emerytalnych,
- b) środków zgromadzonych w pracowniczym programie emerytalnym dokonane na rzecz uczestnika lub osób uprawnionych do tych środków po śmierci uczestnika,
- c) środków zgromadzonych w grupowej formie ubezpieczenia na życie związane z funduszem inwestycyjnym lub w innej formie grupowego gromadzenia środków na cele emerytalne dla pracowników – do pracowniczego programu emerytalnego, zgodnie z przepisami o pracowniczych programach emerytalnych.

## Opodatkowanie świadczeń z tytułu ustawy o podatku od spadków i darowizn

W myśl art. 831 § 3 Kodeksu cywilnego suma ubezpieczenia w ubezpieczeniu osobowym przypadająca uprawnionemu nie należy do spadku po Ubezpieczonym i tym samym nie jest objęta podatkiem od spadku określonym w ustawie z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn (Dz. U. z 2004 r. Nr 142, poz. 1514 z późn. zm.).

## Egzekucja sądowa świadczeń i odszkodowań

Zgodnie z art. 831 § 1 pkt 5 ustawy z dnia 17 listopada 1964 r. Kodeks postępowania cywilnego (Dz. U. z 1964 r. Nr 43, poz. 296 z późn. zm.) nie podlegają egzekucji świadczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych oraz odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych, w granicach określonych w drodze rozporządzenia przez ministrów finansów i sprawiedliwości.

W myśl § 1 i 2 rozporządzenia ministrów finansów i sprawiedliwości z dnia 4 lipca 1986 r. w sprawie określenia granic, w jakich świadczenia z ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej (Dz. U. z 1986 r. Nr 26, poz. 128), świadczenia pieniężne z tytułu ubezpieczeń osobowych i odszkodowania z tytułu ubezpieczeń majątkowych nie podlegają egzekucji sądowej w trzech czwartych częściach tych świadczeń i odszkodowań. Ograniczenia egzekucji nie dotyczą egzekucji mającej na celu zaspokojenie roszczeń alimentacyjnych oraz składki należnej zakładowi ubezpieczeń z tytułu ubezpieczeń osobowych i majątkowych.

## Składka ubezpieczeniowa jako koszt uzyskania przychodu

Zgodnie z art. 16 ust. 1 pkt 59) ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. Nr 54, poz. 654 z późn. zm.) oraz art. 23 ust. 1 pkt 57) u.o.p.d.o.f., nie uważa się za koszty uzyskania przychodów składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka grup 1, 3 i 5 działu I oraz grup 1 i 2 działu II wymienionych w załączniku do ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. Nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy;
- b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy;
- c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

## Składka ubezpieczeniowa jako przychód pracownika

Na podstawie art. 12 ust. 1 u.o.p.d.o.f., za przychody ze stosunku służbowego, stosunku pracy, pracy nakładczej oraz spółdzielczego stosunku pracy uważa się wszelkiego rodzaju wypłaty pieniężne oraz wartość pieniężną świadczeń w naturze bądź ich ekwiwalenty, bez względu na źródło finansowania tych wypłat i świadczeń, a w szczególności: wynagrodzenia zasadnicze, wynagrodzenia za godziny nadliczbowe, różnego rodzaju dodatki, nagrody, ekwiwalenty za nie wykorzystany urlop i wszelkie inne kwoty niezależnie od tego, czy ich wysokość została z góry ustalona, a ponadto świadczenia pieniężne ponoszone za pracownika, jak również wartość innych nieodpłatnych świadczeń lub świadczeń częściowo odpłatnych.

Za pracownika w rozumieniu u.o.p.d.o.f. uważa się osobę pozostającą w stosunku służbowym, stosunku pracy, stosunku pracy nakładczej lub spółdzielczym stosunku pracy.