

Infolinia: 0 801 10 20 30  
[www.allianz.pl](http://www.allianz.pl)

TU Allianz Życie Polska S.A.



Ubezpieczenia grupowe na życie

# Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie Allianz Rodzina (indeks KZ 06)

Allianz – Ubezpieczenia od A do Z.

**Allianz** 

## Spis treści

1.	Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (indeks KZ 06) .....	4
2.	Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 06 .....	12
3.	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny (indeks GZ AUK 01) .....	13
4.	Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 03) .....	17
5.	Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o indeksie GZ KR 03 .....	21

### Załączniki:

- Regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.
- Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 06

# Ogólne warunki kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (indeks KZ 06)

## Postanowienia ogólne

### § 1

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (o.w.u.) stosuje się w indywidualnych umowach ubezpieczenia zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A., zwane dalej Towarzystwem, z Ubezpieczonymi, którzy byli objęci ochroną ubezpieczeniową wynikającą z umowy grupowego ubezpieczenia na życie (zwanej dalej grupową umową ubezpieczenia), zawartej na podstawie ogólnych warunków grupowego ubezpieczenia na życie.

2.

Użyte w niniejszych o.w.u. 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 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, zastraszania ludności i dezorganizacji życia publicznego przy użyciu przemocy oraz skierowane przeciw społeczeństwu z zamiarem jego zastraszania dla osiągnięcia celów politycznych lub społecznych;
- 3) bank krwi – NOVUM Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bocianiej 13, podmiot świadczący usługi przechowywania krwi pępowinowej w banku krwi;
- 4) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00-F99);
- 5) dziecko Ubezpieczonego – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
  - a) w wieku do 20 lat,
  - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej (w odniesieniu do ryzyka zgonu współmałżonka po zgonie Ubezpieczonego, w odniesieniu do ryzyka osierocenie dziecka oraz w odniesieniu do ryzyka zgonu dziecka i urodzenie się martwego dziecka);
- 6) Dyrekcja Generalna – podstawową jednostką organizacyjną Towarzystwa powołaną do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa; adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany na polisie;
- 7) indywidualna umowa ubezpieczenia – umowę zawieraną na podstawie niniejszych o.w.u., stanowiącą kontynuację ubezpieczenia w ramach grupowej umowy ubezpieczenia;
- 8) indeksacja składki – zwiększenie wysokości składki indeksem zaproponowanym przez Towarzystwo;
- 9) karencja – wyłączenie lub ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu zajścia zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia lub dodatkowych umów ubezpieczenia, przez okres w nich wskazany;
- 10) lekarz uprawniony – doradca medyczny wskazany przez Towarzystwo i upoważniony do występowania wobec placówek medycznych z wnioskiem o udostępnienie dokumentacji medycznej Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego jak również do przeprowadzania ekspertyz lekarskich;
- 11) matka – matkę naturalną;
- 12) macocha – osobę, z którą ojciec Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci matki naturalnej Ubezpieczonego lub odpowiednio matki naturalnej współmałżonka Ubezpieczonego lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z ojcem naturalnym w chwili jego śmierci;
- 13) ojciec – ojca naturalnego;
- 14) ojczym – osobę, z którą matka Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego pozostaje w związku małżeńskim po śmierci ojca naturalnego Ubezpieczonego lub odpowiednio ojca naturalnego współmałżonka Ubezpieczonego, lub osobę, która pozostawała w związku małżeńskim z matką naturalną w chwili jej śmierci;
- 15) osierocenie dziecka przez Ubezpieczonego – zgon Ubezpieczonego, który nastąpi przed osiągnięciem przez Ubezpieczonego 65. roku życia oraz dodatkowo:
  - a) przed osiągnięciem przez dziecko Ubezpieczonego 20. roku życia,
  - b) bez względu na wiek dziecka Ubezpieczonego, jeżeli jest ono trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
- 16) pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku 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 dm<sup>3</sup>;
- 17) przysposobienie – powstanie takiego stosunku pomiędzy przysposabiającym a przysposobionym, jak między rodzicami a dziećmi (w tym przysposobienie pełne nierozwiązywalne/całkowite potwierdzone aktem urodzenia dziecka, w którym przysposabiający wymieniony jest jako rodzic dziecka);
- 18) rocznica polisy – każdą rocznicę daty zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia;
- 19) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego lub współmałżonka Ubezpieczonego;
- 20) składka – składkę ochronną w wysokości ustalonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia;
- 21) suma ubezpieczenia – określoną w polisie kwotę będącą podstawą do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia, wypłacanego w razie zajścia w życiu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego zdarzenia określonego umową ubezpieczenia;
- 22) techniczna stopa procentowa – zakładaną przez Towarzystwo teoretyczną stopę zysku z inwestowania rezerwy matematycznej w trakcie trwania ubezpieczenia, wynoszącą 3,25 % w skali roku;
- 23) trwałe uszczerbek na zdrowiu (zwany również częściowym inwalidztwem) – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, które powoduje upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy, będące następstwem wypadku;
- 24) Ubezpieczony – osobę fizyczną, której życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia oraz której życie i zdrowie było przedmiotem ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia;
- 25) Ubezpieczający – Ubezpieczonego;
- 26) Uposażony – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego;
- 27) Uposażony Zastępczy – osobę wyznaczoną przez Ubezpieczonego, której przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, jeżeli w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Uposażony nie żyje lub utracił prawo do świadczenia;
- 28) urodzenie się dziecka Ubezpieczonego – urodzenie się dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka lub pełne (w tym pełne nierozwiązywalne) przysposobienie dziecka przez Ubezpieczonego w rozumieniu przepisów Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego (Dz U nr 9, poz. 59 z późn. zm.);
- 29) urodzenie się martwego dziecka Ubezpieczonego – urodzenie się martwego dziecka, w akcie urodzenia którego Ubezpieczony jest wymieniony jako rodzic tego dziecka;
- 30) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
- 31) Współubezpieczony – objętego ubezpieczeniem na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia członka rodziny Ubezpieczonego;
- 32) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną zgonu lub częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego. Pojęcie wypadku w rozumieniu niniejszego o.w.u. obejmuje również wypadek, któremu Ubezpieczony uległ w ruchu lądowym, powietrznym lub wodnym (wypadek komunikacyjny).

## Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

### § 2

1.  
Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych.

2.  
Odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia są objęte te zdarzenia ubezpieczeniowe, w zakresie których Ubezpieczony był objęty odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.

3.  
Zakres odpowiedzialności Towarzystwa nie obejmuje zdarzeń wymienionych w załączniku nr 1 do niniejszych o.w.u.

4.  
Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest określany w polisie potwierdzającej zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

5.  
Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych nie obejmuje sytuacji, w których zgon Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) samobójstwa lub samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, dokonanego w ciągu 24 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

6.  
Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu następstw wypadków, jeżeli wypadek nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- 1) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 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;
- 2) chorób psychicznych;
- 3) wypadku lotniczego; nie dotyczy to przypadków, gdy Ubezpieczony lub Współubezpieczony byli pasażerami samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- 4) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wywołującego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 5) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachów stanu, aktów terroru;
- 6) uprawiania przez Ubezpieczonego i Współubezpieczonego następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: sporty motorowe lub motorowodne, sporty powietrzne, alpinizm, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, speleologia, wspinaczka górską i skałkowa, trekking, rafting i wszystkich jego odmiany, heliskiing, żeglarstwo morskie, a także uczestniczenie w wyprawach survivalowych;
- 7) uczestniczenia Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 8) działania energii jądrowej lub promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- 9) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z wypadkiem;
- 10) zatrucia się Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku wypadku;
- 11) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności;
- 12) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego;

13) kierowania przez Ubezpieczonego pojazdem mechanicznym bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub nie dopuszczonego do ruchu;

14) kłęski żywiołowej ogłoszonej przez odpowiednie organy administracji państwowej.

7.  
Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu zgonu Ubezpieczonego lub Współubezpieczonych w następstwie wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił po upływie 180 dni od zajścia wypadku.

8.  
Towarzystwo jest zwolnione z odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) w następstwie wypadku, jeżeli ujawnił się (i nie był wcześniej leczony) po upływie 180 dni od wypadku.

9.  
Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) w następstwie wypadku nie obejmuje pourazowych psychoz, encefalopatii i nerwicy.

10.  
Rozmiar doznanych krzywd, cierpień i bólu nie jest przedmiotem świadczenia Towarzystwa, ani nie wpływa na jego wysokość.

### Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia

### § 3

1.  
Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres jednego roku, licząc od dnia jej zawarcia. Indywidualna umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie – najpóźniej na miesiąc przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia – pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu indywidualnej umowy ubezpieczenia. Indywidualna umowa ubezpieczenia może być przedłużana wielokrotnie, pod warunkiem zachowania trybu określonego powyżej.

2.  
Indywidualna umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia, podpisanego przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa.

3.  
Towarzystwo może wymagać dołączenia do wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia dokumentów uznanych przez Towarzystwo za niezbędne do oceny ryzyka i zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia.

4.  
Dokumenty, o których mowa w ust. 3, po ich zaakceptowaniu przez Towarzystwo będą stanowiły załączniki do wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

5.  
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 tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokością tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

6.  
Z wnioskiem o przekazanie informacji, o których mowa w ust. 5, występuje lekarz uprawniony Towarzystwa.

7.  
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.

8.

Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza, wystawiając polisę.

9.

Indywidualną umowę ubezpieczenia może zawrzeć Ubezpieczony, z uwzględnieniem poniższych warunków:

- 1) Ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach grupowej umowy ubezpieczenia przez okres co najmniej 12 miesięcy;
- 2) odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia w stosunku do tego Ubezpieczonego wygaśa z jednego z następujących powodów:
  - a) ustanie stosunku pracy,
  - b) ukończenie przez Ubezpieczonego 65. roku życia,
  - c) rozwiązanie grupowej umowy ubezpieczenia z powodu likwidacji zakładu pracy lub innego podmiotu będącego Ubezpieczającym w grupowej umowie ubezpieczenia;
  - d) przerwy w zatrudnieniu z powodu odbywania zasadniczej służby wojskowej, przebywania na urlopie wychowawczym lub bezpłatnym;
- 3) zostały opłacone na rzecz Ubezpieczonego wszystkie składki należne z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia;
- 4) wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia został doręczony w terminie określonym w ust. 10 lub ust. 11.

10.

Wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia powinien być dostarczony w terminie 30 dni od daty wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.

11

Towarzystwo może zaakceptować wniosek złożony w terminie 3 miesięcy od daty wygaśnięcia odpowiedzialności, z zastrzeżeniem postanowień § 8 ust. 2.

## Zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia § 4

1.

Ubezpieczający może wystąpić na piśmie z wnioskiem o dokonanie zmiany w indywidualnej umowie ubezpieczenia nie później niż na miesiąc przed każdą rocznicą polisy.

2.

Zmiana w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest dokonywana za zgodą Towarzystwa i nie może dotyczyć zakresu ubezpieczenia.

3.

W razie podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo może zaakceptować nową sumę ubezpieczenia, pod warunkiem zastosowania 6-miesięcznego okresu karencji. Karencja odnosi się do wszystkich zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia.

4.

W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie 6-miesięcznej karencji od dnia zmiany indywidualnej umowy ubezpieczenia poprzez podwyższenie sumy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci świadczenie, uwzględniając sumę ubezpieczenia obowiązującą przed datą złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 1. Ograniczenie powyższe nie dotyczy zdarzeń będących następstwem wypadku.

## Suma ubezpieczenia § 5

1.

Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony indywidualnej umowy ubezpieczenia przy zawieraniu indywidualnej umowy ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa, przy zachowaniu postanowień ust. 3.

2

Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia była wyrażona jako krotność zarobków, to suma ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia dla danego Ubezpieczonego w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, przy zachowaniu postanowień ust. 3.

3.

Jeżeli suma ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia jest wyższa od maksymalnej sumy ubezpieczenia wskazanej w załączniku do niniejszych o.w.u., to sumę ubezpieczenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia ustala się w wysokości maksymalnej sumy ubezpieczenia.

## Składka § 6

1.

Z tytułu zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany do opłacenia składki w wysokości i z częstotliwością wskazaną w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

2.

Składka jest płatna nie później niż pierwszego dnia okresu, za który jest należna. Pierwsza składka z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uiszczana przy zawarciu umowy przedstawicielowi Towarzystwa.

3.

Częstotliwość opłacania składki może być kwartalna, półroczna lub roczna.

4.

Przy podwyższeniu sumy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 3, składka będzie ustalana na podstawie taryfy obowiązującej w dniu zaakceptowania wniosku o zmianę sumy ubezpieczenia.

5.

Składkę uważa się za zapłaconą przez Ubezpieczającego z chwilą, kiedy wpływnie ona na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy, w wysokości wynikającej z indywidualnej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że pierwszą składkę uważa się za zapłaconą z chwilą otrzymania jej przez przedstawiciela Towarzystwa.

6.

Składki opłacone za okres, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność, nie podlegają zwrotowi.

7.

Wysokość pierwszej składki jest równa wysokości składki obowiązującej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności względem danego Ubezpieczonego z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia.

8.

W sytuacji, o której mowa w § 5 ust. 3, wysokość pierwszej składki, o jakiej mowa w ust. 7, ulega obniżeniu proporcjonalnie do obniżenia wysokości sumy ubezpieczenia w grupowej umowie ubezpieczenia do sumy ubezpieczenia.

9.

Składka za ubezpieczenie, z wyłączeniem pierwszej składki, jest kalkulowana w oparciu o techniczną stopę procentową.

10.

Wysokość składki jest ustalana przez Towarzystwo na każdy rok obowiązywania indywidualnej umowy ubezpieczenia. W razie zmiany składki Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianie składki obowiązującej w następnym rocznym okresie ubezpieczenia, nie później niż na dwa miesiące przed upływem każdego rocznego okresu ubezpieczenia.

11.

Jeżeli Ubezpieczający – po otrzymaniu od Towarzystwa informacji o wysokości składki w następnym rocznym okresie ubezpieczenia – doręczy Towarzystwu najpóźniej na 30 dni przed upływem rocznego okresu ubezpieczenia pisemne oświadczenie o niewyrażeniu zgody na proponowaną przez Towarzystwo wysokość składki, oświadczenie takie będzie traktowane jako oświadczenie o nieprzedłużeniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1, chyba że strony postanowią inaczej.

12.

Niedoręczenie Towarzystwu pisemnego oświadczenia o odmowie akceptacji proponowanej wysokości składki w terminie określonym w ust. 11 będzie równoznaczne z wyrażeniem zgody na:

- 1) przedłużenie indywidualnej umowy ubezpieczenia na następny roczny okres ubezpieczenia, oraz
- 2) na wysokość składki zaproponowaną przez Towarzystwo, obowiązującą w następnym rocznym okresie ubezpieczenia.

13. Upływ terminu, o którym mowa w ust. 11, wyłącza możliwość złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o nieprzedłużaniu indywidualnej umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 3 ust. 1.

## Nieopłacanie składek

### § 7

1.

Jeżeli składka należna w danym okresie nie została opłacona do 10. dnia pierwszego miesiąca okresu, za który jest należna (okres prolongaty), Towarzystwo zawiesi odpowiedzialność od 1. dnia tego okresu. Odpowiedzialność Towarzystwa ulega zawieszeniu do czasu jej wznowienia, nie dłużej jednak niż na okres 3 miesięcy, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa ulega wznowieniu pierwszego dnia następującego po dniu zapłacenia przez Ubezpieczającego na rzecz Towarzystwa kwoty w wysokości zaległych składek wraz ze składką za kolejny okres, w wysokości i terminie określonym w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

3.

W razie niewznowienia odpowiedzialności w trybie opisanym w ust. 2 w terminie 3 miesięcy od daty zawieszenia, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa i indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem powyższego terminu.

4.

Z tytułu wystąpienia w okresie zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwo wypłaci świadczenie wyłącznie wtedy, gdy Ubezpieczający przed upływem terminu, o którym mowa w ust. 3, dokona wpłaty składek za okres od dnia zawieszenia odpowiedzialności do dnia dokonania wpłaty, wraz ze składką za kolejny okres w wysokości określonej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający nie dokona powyższej wpłaty w terminie określonym w ust. 3, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia – w okresie zawieszenia odpowiedzialności – zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową.

## Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa

### § 8

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zdarzeń objętych odpowiedzialnością na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym przez Towarzystwo w polisie, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym wygasła odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 10.

2.

Jeżeli wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 11, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia w odniesieniu do tego Ubezpieczonego rozpoczyna się nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym:

- 1) została opłacona składka,
- 2) do Towarzystwa wpłynął wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

3.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia względem danego Ubezpieczonego kończy się niezależnie od innych postanowień o.w.u.:

- a) w dniu zgonu Ubezpieczonego,
- b) w razie uznania przez Towarzystwo zasadności roszczenia o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego lub z tytułu niez-

dolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji – zgłoszonego w czasie wykonywania niniejszej umowy – a dotyczącego zdarzenia ubezpieczeniowego zaistniałego w okresie objęcia ochroną w ramach grupowego ubezpieczenia na życie, z ostatnim dniem miesiąca następującym po dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o wypłacie świadczenia.

4.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu:

- 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego, oraz
- 2) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego – pełna ochrona wygasa w dniu rocznicy polisy następującej po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 70. roku życia.

5.

Po upływie 3 lat od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej względem danego Ubezpieczonego Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu przez Ubezpieczonego istotnych przy przystępowaniu do ubezpieczenia okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

## Rozwiązanie indywidualnej umowy ubezpieczenia

### § 9

1.

Indywidualna umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana na piśmie przez Ubezpieczającego z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia liczonego od ostatniego dnia miesiąca, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie o wypowiedzeniu. Wypowiedzenie indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek za okres wypowiedzenia.

2.

Indywidualna umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do danego Ubezpieczonego.

3.

W razie rozwiązania indywidualnej umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za nie wykorzystany okres ubezpieczenia; przy zwrocie składki każdy rozpoczęty miesiąc traktuje się jako miesiąc pełny, w którym Towarzystwo ponosi odpowiedzialność.

## § 10

1.

Ubezpieczający może odstąpić od indywidualnej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia indywidualnej umowy ubezpieczenia.

2.

Odstąpienie od indywidualnej umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składek za okres udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej.

## Staż w umowie ubezpieczenia

### § 11

1.

Ubezpieczony, który wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie, a następnie zawarł umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie lub zrezygnował z polisy indywidualnej kontynuacji i przystąpił do polisy grupowej, i przerwa pomiędzy datą wystąpienia i przystąpienia do umowy jest nie dłuższa niż trzy miesiące zachowuje ciągłość stażu w umowie.

2.

Ciągłość stażu, o którym mowa w ust. 1, dotyczy tylko i wyłącznie ryzyk, które objęte są ochroną zarówno w umowie ubezpieczenia, z której Ubezpieczony występuje, jak i w umowie ubezpieczenia, do której Ubezpieczony przystępuje.

3.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych zaistniałych w okresie między wystąpieniem ubezpieczonego z jednej umowy i przystąpieniem do kolejnej.

## Ustalenie i wypłata świadczenia

### § 12

1.  
Z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.

2.  
Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia, wysokość świadczenia podana jest łącznie z wysokością świadczenia za zgon Ubezpieczonego. Maksymalna kwota świadczenia nie może być wyższa niż określona w załączniku do niniejszych o.w.u.

3.  
Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczenia w razie zgonu Ubezpieczonego są:

- a) Uposażeni;
- b) Uposażeni Zastępczy, w razie braku Uposażonych;
- c) osoby wymienione w § 21 niniejszych o.w.u., jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

4.  
Jeżeli suma wskazań procentowych Uposażonych nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego świadczenia są wyznaczane przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

5.  
Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego.

6.  
Za moment zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego uznaje się datę wpływu pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej lub oddziału Towarzystwa.

7.  
Dokumentem niezbędnym do uznania za prawidłowe zawiadomienia o zdarzeniu losowym, o którym mowa w ust. 1, jest dołączenie kopii aktu zgonu Ubezpieczonego.

8.  
Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia poinformuje o tym fakcie Ubezpieczającego oraz osoby uprawnione, przez wskazanie wykazu dokumentów niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia.

9.  
W oparciu o przesłane dokumenty Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące:

- 1) potwierdzenia faktu zaistnienia zdarzenia;
- 2) potwierdzenia zasadności zgłoszonych roszczeń;
- 3) ustalenia wysokości świadczenia;
- 4) ustalenia osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia;
- 5) ustalenia sposobu przekazania świadczenia.

10.  
Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 8, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia. Osoby te mają prawo wglądu do akt szkodowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów akt szkodowych, przy czym sposób udostępniania akt szkodowych nie może wiązać się z nadmiernymi, ponad potrzebę, utrudnieniami dla tych osób.

### § 13

1.  
Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego – pełna ochrona Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3.

2.  
Z tytułu częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w ust. 3, o ile orzeczony stopień inwalidztwa przekracza procent wskazany w umowie ubezpieczenia.

3.  
Kwotę świadczenia z tytułu:  
1) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego – pełna ochrona, oraz  
2) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego stanowi 1% sumy ubezpieczenia odniesiony do 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 2 i ustępów poniższych.

4.  
Towarzystwo zawierając umowę zastrzega sobie prawo do ustalenia w indywidualnej umowie ubezpieczenia górnej granicy kwoty świadczenia wypłacanego z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa).

5.  
Towarzystwo określa jako bezsporną taką część świadczenia, którą według wiedzy lekarskiej będzie można stwierdzić w tej samej wielkości procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu po upływie 12 miesięcy od daty jego określenia.

6.  
Bezsporna część świadczenia jest orzekana na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia i rehabilitacji.

7.  
Dla zdarzeń spowodowanych wypadkiem zaistniałym poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej dopuszcza się przedkładanie dokumentacji medycznej w języku angielskim, w innych przypadkach językiem obowiązującym jest język polski.

8.  
Stopień trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) powinien być ustalony w ostatecznej wysokości przez lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa, niezwłocznie po zakończeniu leczenia i rehabilitacji, najpóźniej do końca 24. miesiąca od dnia wypadku.

9.  
Wystąpienie trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) stwierdza lekarz lub lekarze orzekający Towarzystwa, z zastrzeżeniem że:

- 1) procent trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) jest orzekany na podstawie „Tabeli oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu wskutek nieszczęśliwego wypadku” obowiązującej w Towarzystwie w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, która jest dostępna w siedzibie Towarzystwa, a na wniosek Ubezpieczającego jest mu bezzwłocznie przesyłana przez Towarzystwo;
- 2) pogorszenie się stanu zdrowia Ubezpieczonego po orzeczeniu lekarza lub lekarzy orzekających Towarzystwa nie stanowi podstawy do ponownego orzekania stopnia trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa);
- 3) orzeczenie lekarza orzekającego Towarzystwa o wystąpieniu u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) w następstwie wypadku może podlegać weryfikacji przez regionalnego konsultanta medycznego Towarzystwa w zakresie zgodności z procedurami orzekania.

10.  
Jeżeli skutek wypadku została upośledzona większa liczba funkcji fizycznych lub psychicznych, to stopnie trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) zostają zsumowane. Nie uznaje się jednak więcej niż 100% trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa).

11.  
Jeżeli skutek wypadku utracie lub uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej upośledzone (z przyczyny choroby lub istniejącego już inwalidztwa), procent trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem a stanem po wypadku.



12.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo przeprowadzenia wszelkich form ekspertyz lekarskich, które mają na celu ocenę stopnia trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa).

13.

Towarzystwo zwraca Ubezpieczonemu wydatki poniesione na przejazd transportem publicznym, na terenie Rzeczypospolitej Polskiej do wskazanych przez Towarzystwo miejsc orzekania lekarzy Towarzystwa, na podstawie dokumentu wskazującego środek transportu i kwotę poniesionych wydatków (np. bilet komunikacji miejskiej, bilet PKP). Koszty dojazdu innym środkiem transportu niż komunikacja publiczna są refundowane wyłącznie po uprzednim zaakceptowaniu i potwierdzeniu na piśmie przez Towarzystwo zasadności takiego wyboru. Akceptacja powyższa może wystąpić wyłącznie przed wskazanym terminem komisji.

14.

Przy ustalaniu procentu trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa) nie bierze się pod uwagę rodzaju pracy lub czynności wykonywanych przez Ubezpieczonego.

15.

W razie zaniechania przez Ubezpieczonego dalszego, jednoznacznie zalecanego przez lekarzy leczenia powypadkowego – stopień uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalony jak dla stanu zdrowia, który według wiedzy lekarza orzekającego Towarzystwa mógłby być stwierdzony po przeprowadzeniu zalecanego leczenia.

16.

Po zaistnieniu wypadku Ubezpieczony jest obowiązany do niezwłocznego poddania się opiece lekarskiej, a także do podjęcia działania w celu złagodzenia skutków wypadku, poprzez stosowanie się do zaleceń lekarskich.

17.

Naruszenie obowiązków określonych w ust. 15 i 16 może skutkować zmniejszeniem lub odmową wypłaty świadczenia.

18.

W razie trzykrotnego niestawienia się Ubezpieczonego bez podania przyczyny uniemożliwiającej stawiennictwo, na konsultację wyznaczoną w celu orzeczenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo, pomimo trzykrotnego powiadomienia pismem przesłanym na ostatni podany przez Ubezpieczonego adres Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odmowy wypłaty świadczenia. Ubezpieczony jest obowiązany zgłosić roszczenie o wypłatę świadczenia niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową oraz złożyć odpowiednie dokumenty zawierające w szczególności:

- 1) opis wypadku;
- 2) wstępne orzeczenie lekarskie;
- 3) przewidywany termin zakończenia leczenia, z uwzględnieniem okresu rehabilitacji;
- 4) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji (kopie potwierdzone za zgodność z oryginałem);
- 5) protokół BHP jeżeli wypadek jest kwalifikowany jako wypadek przy pracy.

#### § 14

Z tytułu zgonu współmałżonka Ubezpieczonego oraz zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

#### § 15

1.

Z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego i rodzica współmałżonka Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

2.

Jeżeli zakres świadczonej ochrony obejmuje jedynie zgon rodziców Ubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu zgonu rodzica Ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty dwóch świadczeń w całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa wobec danego Ubezpieczonego (zarówno na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia, jak i indywidualnej umowy ubezpieczenia). Jeżeli zakres świadczonej ochrony obejmuje zgon rodz-

iców Ubezpieczonego lub rodziców współmałżonka Ubezpieczonego odpowiedzialność Towarzystwa ogranicza się do wypłaty czterech świadczeń w całym okresie odpowiedzialności Towarzystwa wobec danego Ubezpieczonego (zarówno na podstawie grupowej umowy ubezpieczenia, jak i indywidualnej umowy ubezpieczenia).

#### § 16

Z tytułu zgonu dziecka Ubezpieczonego lub urodzenia się Ubezpieczonemu martwego dziecka Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

#### § 17

1.

Z tytułu urodzenia się dziecka Ubezpieczonemu Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

2.

Ubezpieczony może wskazać jedną z form wypłaty całości świadczenia oferowaną przez Towarzystwo:

- 1) wypłatę świadczenia bezpośrednio Ubezpieczonemu w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia,
- 2) częściowe pokrycie kosztów zdeponowania krwi pępowinowej, zawierającej komórki macierzyste, w banku krwi, w kwocie odpowiadającej wysokości świadczenia wskazanego w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

3.

Bank krwi, w rozumieniu ustępu poprzedzającego, oznacza NOVUM Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ul. Bocianiej 13, podmiot świadczący usługi przechowywania krwi pępowinowej w banku krwi.

4.

Sposób wypłaty świadczenia wskazany w ust. 2 pkt 2 może być zrealizowany pod warunkiem wcześniejszego zawarcia umowy pomiędzy bankiem krwi a Ubezpieczonym, w terminie wskazanym przez bank krwi w zakresie przechowywania krwi pępowinowej.

#### § 18

Z tytułu osierocenia dziecka przez Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci każdemu dziecku Ubezpieczonego świadczenie w wysokości wskazanej w indywidualnej umowie ubezpieczenia.

#### § 19

1.

Świadczenia, o których mowa w § 12-18, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, do których należą w szczególności:

- 1) w razie zgonu Ubezpieczonego oraz zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku:
  - a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem),
  - b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska),
  - c) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
- 2) w razie trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) w następstwie wypadku:
  - a) opis okoliczności wypadku (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
  - b) protokół BHP – w razie wypadku przy pracy;
- 3) w razie zgonu współmałżonka Ubezpieczonego oraz zgonu współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku:
  - a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
  - b) akt małżeństwa (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
  - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
  - d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku, (protokół policji, jeżeli było prowadzone postępowanie),
- 4) w razie zgonu rodzica lub rodzica współmałżonka Ubezpieczonego:
  - a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
  - b) akt małżeństwa Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona

za zgodność z oryginałem) – w razie zgonu rodzica współmałżonka Ubezpieczonego;

- 5) w razie zgonu dziecka lub urodzenia martwego dziecka:
  - a) akt zgonu (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w razie zgonu dziecka;
  - b) akt urodzenia z odpowiednią adnotacją (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem) – w razie urodzenia się martwego dziecka;
  - c) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
  - d) opis okoliczności wypadku, jeżeli zdarzenie jest następstwem wypadku;
- 6) w razie urodzenia dziecka:
  - a) odpis lub poświadczona kopia aktu urodzenia dziecka;
  - b) orzeczenie sądu opiekuńczego – w przypadku przysposobienia pełnego (nie będącego przysposobieniem pełnym nierozwiązywalnym);
  - c) wpisanie na wniosku o wypłatę świadczenia Banku Krwi Novum – jako odbiorcy świadczenia oraz podanie jego numeru rachunku bankowego, na który ma być zrealizowany przelew jest niezbędnym warunkiem w razie wypłaty świadczenia w formie, o której mowa w §17 ust. 2 pkt 2;
- 7) w razie osierocenia dziecka:
  - a) akt zgonu Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
  - b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu (karta statystyczna zgonu lub diagnoza lekarska);
  - c) akt urodzenia dziecka Ubezpieczonego (odpis lub kopia potwierdzona za zgodność z oryginałem);
  - d) dokument potwierdzający przejęcie opieki prawnej nad dzieckiem.

2.

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczający, Ubezpieczony lub uprawniony powinni niezwłocznie powiadomić Towarzystwo, w trybie wskazanym w ust.1, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

3.

Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określono 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.

4.

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

- 1) aktu zgonu (odpisu lub kopii poświadczonych przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem);
- 2) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia;
- 3) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego;
- 4) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczenia i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.

5.

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

6.

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 wypłaca w terminie przewidzianym w ust. 5.

7.

W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo jest zobowiązane uzasadnić swoje stanowisko na piśmie.

## § 20

1.

Ubezpieczony może wskazać Uposażonego (Uposażonych) i Uposażonego Zastępczego (Uposażonych Zastępczych) jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego zgonu zarówno przed zawarciem indywidualnej umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

2.

Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania indywidualnej umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

3.

Wniosek o zmianę Uposażonego i Uposażonego Zastępczego Ubezpieczony składa Towarzystwu na piśmie.

4.

Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od dnia otrzymania wniosku o zmianę Uposażonego lub odpowiednio Uposażonego Zastępczego.

## § 21

1.

Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego ani Uposażonego Zastępczego albo gdy żaden Uposażony (lub Uposażony Zastępczy) w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub wszyscy Uposażeni (lub Uposażeni Zastępczy) utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

- 1) współmałżonkowi;
- 2) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeśli brak jest współmałżonka;
- 3) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
- 4) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
- 5) innym spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

2.

Jeżeli Ubezpieczony i Uposażony utracili życie podczas grożącego im wspólnie niebezpieczeństwa i na podstawie zgromadzonej dokumentacji nie można ustalić dokładnej chwili zgonu każdego z nich domniemywa się, że zmarli jednocześnie. W przypadku gdy zgon nastąpił równocześnie uznaje się, że Uposażony nie dożył chwili śmierci Ubezpieczonego.

3.

Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i w dniu zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa jeden ze wskazanych Uposażonych nie żył lub utracił prawo do świadczenia, to jego część świadczenia przejmują pozostali Uposażeni, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazań Ubezpieczonego.

4.

Powyższy zapis odnosi się analogicznie do kręgu Uposażonych Zastępczych.

## Postanowienia końcowe

### § 22

1.

Zawiadomienia i oświadczenia w związku z indywidualną umową ubezpieczenia powinny być, pod rygorem nieważności, składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.

2.

Jeżeli Ubezpieczający albo Ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

### § 23

1.

Postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych o.w.u. mogą być wprowadzone do indywidualnej umowy ubezpieczenia – w porozumieniu z Ubezpieczającym – odrębnym aneksem.

2.  
Kwoty wypłacane w trybie określonym w § 12-18 mogą być pomniejszone przez Towarzystwo o kwoty nie zapłaconych Towarzystwu składek na rzecz danego Ubezpieczonego.

## § 24

1.  
Roszczenia z tytułu indywidualnej umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.

2.  
Bieg przedawnienia roszczenia do Towarzystwa rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.

3.  
Bieg przedawnienia roszczeń przerywa się przez zgłoszenie Towarzystwu roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

## § 25

1.  
W sprawach nie uregulowanych w niniejszych o.w.u. mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

2.  
Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zgłaszać do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa, za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w kompetencjach której leży rozpatrzenie sprawy, której skarga lub zażalenie dotyczy.

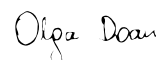
Skargi lub zażalenia mogą być również kierowane do Rzecznika Ubezpieczonych.

3.  
Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

4.  
Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 31/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Olga Doan  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller  
Wiceprezes Zarządu

# Załącznik do ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie o indeksie KZ 06

## § 1

Następujące zdarzenia są wyłączone z odpowiedzialności Towarzystwa w ramach indywidualnej umowy ubezpieczenia:

1. Zgon Ubezpieczonego w następstwie zawału serca i udaru mózgu.
2. Inwalidztwo Ubezpieczonego.
3. Wystąpienie niezdolności do samodzielnej egzystencji w następstwie choroby lub wypadku z wypłatą renty miesięcznej.
4. Wystąpienie u Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
5. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu.
6. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu w następstwie wypadku.
7. Leczenie Ubezpieczonego w szpitalu na OIOM.
8. Leczenie operacyjne Ubezpieczonego.
9. Wystąpienie powikłania pooperacyjnego.
10. Niezdolność do pracy z powodu choroby zawodowej.
11. Świadczenia opiekuńcze w związku z utratą pracy przez Ubezpieczonego z przyczyn dotyczących Pracodawcy.
12. Wystąpienie u współmałżonka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
13. Trwały uszczerbek na zdrowiu (Częściowe inwalidztwo) współmałżonka Ubezpieczonego.
14. Zgon współmałżonka Ubezpieczonego, po zgonie Ubezpieczonego.
15. Wystąpienie u dziecka Ubezpieczonego poważnego zachorowania.
16. Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
17. Leczenie dziecka Ubezpieczonego w szpitalu.

## §2

Indywidualna umowa ubezpieczenia może być zawarta z zachowaniem następujących postanowień:

1. Maksymalna suma ubezpieczenia wynosi 30 000 zł.
2. Odpowiedzialność z tytułu:
  - 1) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego
  - 2) trwałego uszczerbku na zdrowiu (częściowego inwalidztwa) Ubezpieczonego – pełna ochrona jest ograniczona maksymalnie do wypłaty 1% sumy ubezpieczenia za 1% trwałego uszczerbku (częściowego inwalidztwa), niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku ograniczona jest do wypłaty maksymalnie 200% sumy ubezpieczenia (200% sumy ubezpieczenia należy rozumieć jako sumę 100% z zakresu podstawowego – zgon Ubezpieczonego oraz 100% z tytułu zgonu Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku).
5. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od postanowień grupowej umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność z tytułu zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego w następstwie wypadku ograniczona jest do wypłaty maksymalnie 200% sumy ubezpieczenia (200% sumy ubezpieczenia należy rozumieć jako sumę 100% z zakresu podstawowego – zgon Ubezpieczonego oraz 100% z tytułu zgonu Współmałżonka Ubezpieczonego powstałego w następstwie nieszczęśliwego wypadku).

# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia świadczeń opiekuńczych dla Ubezpieczonego oraz jego Rodziny (indeks GZ AUK 01)

## Postanowienia ogólne

### § 1

1.

Użyтым w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) centrum operacyjne – Elvia Assistance sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie przy ulicy Domaniewskiej 50B – przedstawiciel Towarzystwa udzielający świadczeń opiekuńczych, którego numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 2) choroba – reakcję organizmu na działanie czynnika chorobotwórczego lub urazu prowadzącą do zaburzeń czynnościowych, zmian organicznych w tkankach, narządach, układach lub całym ustroju;
- 3) choroba psychiczna – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD –10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (F00 –F99);
- 4) choroba przewlekła – zdiagnozowany przed zawarciem umowy ubezpieczenia stan chorobowy charakteryzujący się powolnym rozwojem oraz długookresowym przebiegiem, choroby stałe lub okresowo leczone ambulatoryjnie lub będące przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
- 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
- 6) dziecko – dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonego:
  - a) w wieku do 20 lat,
  - b) bez względu na wiek, jeżeli dziecko jest trwale niezdolne do pracy zarobkowej;
- 7) lekarz centrum operacyjnego – lekarza konsultanta centrum operacyjnego;
- 8) placówka medyczna – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 9) rodzic – ojca lub matkę Ubezpieczonego w rozumieniu zapisów o.w.u.;
- 10) sprzęt rehabilitacyjny - sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 11) urodzenie martwego Dziecka – urodzenie się noworodka martwego, zarejestrowanego w urzędzie stanu cywilnego, w akcie urodzenia, którego Ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka;
- 12) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;
- 13) współmałżonek – osobę, z którą Ubezpieczony w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia pozostaje w związku małżeńskim;
- 14) wypadek – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego, które było bezpośrednią i wyłączną przyczyną wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia i nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa w odniesieniu do Ubezpieczonego lub odpowiednio Współubezpieczonego;
- 15) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u osób objętych ochroną:
  - a) choroby zdefiniowanej w pkt 2),
  - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 14);
  - c) pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku zajścia trudnych sytuacji losowych wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 3);

2.

Osobami objętymi ochroną w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia są:

- 1) Ubezpieczony,
- 2) współmałżonek Ubezpieczonego;

- 3) dziecko Ubezpieczonego zamieszkujące wspólnie z Ubezpieczonym;
- 4) rodzic Ubezpieczonego jedynie w zakresie świadczeń wymienionych w § 2 ust. 11.

3.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest zdrowie i życie osób wymienionych w ust. 2.

4.

Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązuje się do pokrycia kosztów udzielanych świadczeń opiekuńczych zdefiniowanych w § 2.

5.

Świadczenia opiekuńcze udzielane są za pośrednictwem centrum operacyjnego.

## Zakres ubezpieczenia

### § 2

1.

Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia opiekuńcze wykonywane wyłącznie na terenie Rzeczypospolitej Polskiej:

- 1) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia choroby;
- 2) świadczenia dotyczące udzielenia pomocy Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego w razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku;
- 3) świadczenia gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego takich jak:
  - a) zgon dziecka lub urodzenie martwego dziecka,
  - b) zgon współmałżonka,
  - c) choroba Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego;
- 4) zdrowotne usługi informacyjne;
- 5) dostęp do infolinii „Baby Assistance”;
- 6) świadczenia polegające na udzieleniu pomocy medycznej rodzicowi ubezpieczonego.

2.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 1) i 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga leżenia. Towarzystwo pokrywa koszty dostarczenia leków do łącznej kwoty 100 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego .
- 2) transport medyczny z miejsca zachorowania do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza prowadzącego, w przypadku zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymagającego pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 3) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku gdy w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczo-

nego przebywali w placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 1000 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

4) transport medyczny z placówki medycznej do placówki medycznej w przypadku gdy placówka, w której przebywa Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia; gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce zdrowia. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

5) organizację procesu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego wymagają rehabilitacji w domu lub w poradni rehabilitacyjnej. Towarzystwo zapewnia:

– zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

albo

– zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.

6) organizację wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego powinni używać sprzętu rehabilitacyjnego w domu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny oraz pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego. Towarzystwo:

– organizuje i pokrywa koszty transportu sprzętu rehabilitacyjnego do domu Ubezpieczonego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

oraz

– pokrywa koszty zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego do łącznej kwoty 200 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego

7) opiekę nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi – w sytuacji, gdy Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego przebywają w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:

a) przewozu dzieci w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);

Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 7 ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz, gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki. W przypadku, gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pod literą a) lub b) Towarzystwo:

c) organizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego do wysokości 150 zł za każdy dzień i maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.

Świadczenia usług, o których mowa w pkt 7 ppkt a), b) i c) są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić.

8) pomoc domowa – jeżeli Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego jest hospitalizowany przez okres dłuższy niż 7 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji, jeżeli Ubezpieczony nie ma możliwości skorzystania z pomocy domowników. Usługa świadczona jest do wysokości 300 zł i maksymalnie przez 5 dni.

3.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego będącego następstwem nieszczęśliwego wypadku.

1) wizytę lekarską – zorganizowanie i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku, o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego.

2) wizytę pielęgniarki – zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego nieszczęśliwego wypadku.

4.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego pomoc psychologa. Towarzystwo zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa do limitu 500 złotych w odniesieniu do jednej sytuacji losowej. Towarzystwo na prośbę Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego lub dziecka Ubezpieczonego zapewnia również usługi informacyjne dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego.

5.

Limity kosztów określonych w ust. 2, 3 i 4 odnoszą się oddzielnie do Ubezpieczonego, współmałżonka Ubezpieczonego i dziecka Ubezpieczonego. W trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej limity mogą być wykorzystywane pod wielokrotnie pod warunkiem, że odnoszą się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

6.

O celowości organizacji i pokrycia kosztów wyżej wymienionych usług decyduje lekarz centrum operacyjnego.

7.

Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń opiekuńczych przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego, dziecko Ubezpieczonego lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem.

8.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 4) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego:

1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,

2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.

3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,

4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,

5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych.

6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,

7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania.

9.

Informacje, o których mowa w ust. 8, nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza centrum operacyjnego lub Towarzystwa.

10.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 5) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu, współmałżonkowi Ubezpieczonego lub dziecku Ubezpieczonego dostęp za pośrednictwem infolinii „Baby Assistance” do informacji o:

- 1) objawach ciąży,
- 2) badaniach prenatalnych,
- 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
- 4) szkołach rodzenia,
- 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
- 6) karmieniu noworodka,
- 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
- 8) pielęgnacji noworodka.

11.

W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 6) Towarzystwo gwarantuje rodzicowi Ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych poniżej limitów:

- 1) pomoc domową oraz pielęgniarstwo – zorganizowanie i pokrycie kosztów pomocy domowej po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza centrum operacyjnego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu zamieszkania rodzica Ubezpieczonego. Towarzystwo pokrywa koszty do łącznej kwoty 500 złotych w odniesieniu do jednego zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) transport na wizytę kontrolną – zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu na jedną wizytę kontrolną w roku po hospitalizacji trwającej powyżej 5 dni. (zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego);
- 3) infolinia medyczna – dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ustnej informacji, co do dalszego postępowania.

12.

W odniesieniu do świadczeń wymienionych w ust. 11 pkt 1 i 2 nie mają zastosowania zapisy ust. 13 pkt 5 ppkt k) niniejszych Warunków.

13.

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje:

- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 2) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §6 ust. 5;
- 3) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
- 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli są one pokrywane w ramach ubezpieczenia społecznego (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie);
- 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii;
  - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
  - c) pozostawania Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego 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;
  - d) chorób psychicznych;
  - e) zdarzeń powstałych w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowo znamiona umyślnego przestępstwa;
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
  - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka,

z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

- h) poddania się przez Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego leczeniu o charakterze zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
  - i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
  - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
  - k) chorób przewlekłych.
- 6) Zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

## Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia §3

1.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego tylko w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

2.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do najbliższej rocznicy polisy po dacie zawarcia.

3.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, o ile przedłużeniu ulega umowa ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu niezależnie od postanowień o.w.u., jeżeli jedna ze stron złoży drugiej stronie najpóźniej w 30 dniu przed rocznicą polisy oświadczenie o nieprzedłużaniu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

5.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

## Składka §4

1.

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

2.

Składka należna z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę ochronną płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

3.

Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia płacona jest przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

## Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa §5

1.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, zawsze pierwszego dnia miesiąca, nie wcześniej jednak niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu grupowej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że wniosek o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia wpłynął w terminie, o którym mowa w § 3 ust. 10 o.w.u.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa w rocznicę polisy, następującą po dniu w którym Ubezpieczony ukończył 65. rok życia przy zachowaniu postanowień o.w.u.

## Ustalenie i spełnienie świadczeń przez Towarzystwo §6

1.

W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych, Ubezpieczony, współmałżonek Ubezpieczonego lub dziecko Ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę.

2.

Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje:

- a) imię i nazwisko,
- b) adres zamieszkania,
- c) numer polisy,
- d) okres ubezpieczenia,
- e) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
- f) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
- g) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.

3.

Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

4.

W przypadku gdy Ubezpieczony, współmałżonek lub dziecko nie wypełnia obowiązków określonych w ustępach powyższych Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.

5.

W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej Ubezpieczony lub Współubezpieczony nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami pokryli koszty świadczeń opiekuńczych, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt 2), 3), 4) 5), i 6) Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu lub Współubezpieczonemu w całości bądź

częściowo poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń opiekuńczych i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń opiekuńczych we własnym zakresie.

6.

Przez datę zaistnienia zdarzenia, o której mowa w ust. 5 rozumie się:

- 1) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 2) i 4) – datę wystawienia skierowania lekarskiego;
- 2) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 3) – datę wypisu ze szpitala;
- 3) w przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt 5) i pkt 6) – datę zalecenia rehabilitacji przez lekarza prowadzącego.

## Postanowienia końcowe § 7

1.

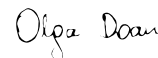
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u.

2.

Niniejsze o.w.u. zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 32/2006 z dnia 12 czerwca 2006 roku i wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2006 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Olga Doan  
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller  
Wiceprezes Zarządu



# Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 03)

## Postanowienia ogólne

### §1

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (zwane dalej warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie (zwanym dalej o.w.u.).

2.

Użytych w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w o.w.u., zaś poniższe określenia oznaczają:

- 1) całkowity wykup ubezpieczenia – wypłatę całości środków zgromadzonych w funduszach na rachunkach Ubezpieczonego;
- 2) cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki inwestycyjne na jednostki uczestnictwa;
- 3) cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, po której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunkach przy dokonywaniu wykupu, wypłat z funduszu oraz przeniesienia środków pomiędzy funduszami;
- 4) częściowy wykup ubezpieczenia – wypłatę części środków zgromadzonych w funduszach na rachunku BK Ubezpieczonego;
- 5) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków;
- 6) ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (zwany dalej funduszem) – wydzieloną rachunkowo część aktywów Towarzystwa tworzoną ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia;
- 7) jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz;
- 8) przeniesienie środków – umorzenie środków jednego z funduszy i przeniesienie ich do innego według wskazania Ubezpieczającego, przy czym przeniesienie środków odbywa się po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa;
- 9) rachunek AK – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu, pochodzące z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia, jeżeli pracodawca nie wyrazi zgody na transfer tych środków na rachunek BK;
- 10) rachunek BK – rachunek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa każdego funduszu:
  - a) nabywane na zasadach określonych w niniejszych Warunkach za składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego;
  - b) pochodzące z transferu środków z rachunku B prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia.
  - c) pochodzące z transferu środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia, jeżeli pracodawca wyrazi zgodę na transfer;
- 11) składka inwestycyjna – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w formie:
  - a) regularnej składki inwestycyjnej – opłacanej w wysokości wskazanej w dodatkowej umowie ubezpieczenia;
  - b) doraźnej składki inwestycyjnej – opłacanej z dowolną częstotliwością i w dowolnej wysokości powyżej minimalnej składki doraźnej określonej w taryfie kosztów;
- 12) składka jednorazowa – składkę należną z tytułu umowy ubezpieczenia przy zamianie umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach ubezpieczenia bezskładkowego;
- 13) składka ochronna – składkę płaconą przez Ubezpieczającego z tytułu umowy ubezpieczenia, przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
- 14) umowa ubezpieczenia – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie o.w.u.;

- 15) koszt prowadzenia rachunku – opłatę w wysokości wskazanej w taryfie kosztów, potrącaną miesięcznie z rachunków jednostek.

## Przedmiot i zakres odpowiedzialności Towarzystwa

### §2

1.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na wniosek Ubezpieczającego tylko w razie zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli łączna suma środków zgromadzonych na rachunkach Ubezpieczonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia – w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności w stosunku do tego Ubezpieczonego – jest równa co najmniej limitowi określonemu przez Towarzystwo w taryfie kosztów.

2.

Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia w zakresie rozszerzonym jest życie Ubezpieczonego.

3.

W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialnością Towarzystwa objęte jest dożycie przez Ubezpieczonego do dnia zajścia zdarzenia uzasadniającego dokonanie wypłaty kwoty w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia.

## Zawarcie i rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

### §3

1.

Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.

2.

Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza odpowiednim zapisem w polisie.

3.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia następuje w dniu:

- 1) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 2) zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia, chyba że ubezpieczenie zostało wcześniej przekształcone w bezskładkowe.

4.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

## Składka

### §4

1.

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający jest obowiązany opłacać regularną składkę inwestycyjną w wysokości ustalonej przez Towarzystwo.

2.

Ubezpieczający ma prawo do opłacania składki inwestycyjnej w wysokości wyższej niż określona w deklaracji przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3.

Regularna składka inwestycyjna powiększa składkę ochronną płaconą na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4.

Regularna składka inwestycyjna jest płaconą przez Ubezpieczającego w terminach i z częstotliwością przewidzianą w umowie ubezpieczenia.

5.  
Ubezpieczający może w każdej chwili opłacać doraźną składkę inwestycyjną w wysokości równej co najmniej minimalnej składce doraźnej określonej w taryfie kosztów.

## Fundusze § 5

Fundusze są tworzone:

- 1) ze składek inwestycyjnych;
- 2) ze środków przenoszonych pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem postanowień § 6;
- 3) ze środków transferowanych z rachunku prowadzonego w ramach umowy ubezpieczenia zawartej z Towarzystwem na rzecz Ubezpieczonego, jeżeli ochrona ubezpieczeniowa względem Ubezpieczonego z tytułu tej umowy wygasa.

2.  
Ubezpieczony ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w które lokowane będą składki inwestycyjne wpłacane przez Ubezpieczającego.

3.  
Towarzystwo prowadzi dla każdego z Ubezpieczonych:

- 1) rachunek AK – pod warunkiem że nastąpił transfer środków z rachunku A prowadzonego na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia do rachunku AK;
- 2) rachunek BK.

4.  
Maksymalna różnica pomiędzy ceną kupna a ceną sprzedaży jednostek uczestnictwa każdego funduszu jest określona w taryfie kosztów.

5.  
Towarzystwo powiadamia Ubezpieczonego o aktualnych wartościach jednostek uczestnictwa każdego z funduszy oraz o aktualnej liczbie zgromadzonych na rachunkach jednostek uczestnictwa każdego funduszu na jego pisemny wniosek.

## Nabywanie jednostek uczestnictwa funduszy § 6

1.  
Jednostki uczestnictwa są nabywane na rzecz każdego z Ubezpieczonych za składki inwestycyjne. Kwoty składek inwestycyjnych są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa funduszy – w części określonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia. Ustalając wysokość kwoty składek przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa Towarzystwo uwzględni okres pozostawiania Ubezpieczonego w ubezpieczeniu grupowym. Za każdą składkę inwestycyjną można nabyć jednostki uczestnictwa jednego lub wielu funduszy, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 4.

2.  
Jednostki uczestnictwa każdego funduszu są nabywane według cen kupna jednostek uczestnictwa obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę inwestycyjną na właściwy rachunek Ubezpieczającego, zgodnie ze wskazaniem, o którym mowa w ust. 4. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek nie później niż 5. dnia roboczego od dnia, w którym na rachunku Towarzystwa zostały zaksięgowane środki w wysokości zgodnej z postanowieniami dodatkowej umowy ubezpieczenia.

3.  
Jeżeli warunki wymienione w ust. 2 zostały spełnione wcześniej niż na 5 dni przed terminem płatności składki, Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek w dniu, w którym upływa termin płatności składki.

4.  
Składki inwestycyjne lokowane są w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w które lokowane mają być składki, Towarzystwo lokuje całość składki przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa w wybrany przez

Towarzystwo fundusz. W przypadku gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, składka inwestycyjna jest lokowana w różnych funduszach, przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczającego.

5.  
Ubezpieczający może w dowolnym terminie:

- 1) zmienić podział procentowy każdej następnej składki inwestycyjnej przeznaczonej na nabycie jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach;
- 2) przenosić środki pomiędzy funduszami.

W obu przypadkach pierwsza taka operacja zmiany lub przeniesienia w danym roku polisowym, rozumianym jako 12 miesięcy od daty rocznicy polisy jest wolna od opłaty. Za każdą następną operację w danym roku polisowym jest pobierana opłata określona w taryfie kosztów. Operacje powyższe dotyczą tylko rachunku BK.

6.  
Operacje wymienione w ust. 5 są dokonywane na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego i następują:

- 1) w razie zmiany podziału procentowego, o którym mowa w ust. 5 pkt 1) w stosunku do każdej następnej składki inwestycyjnej, za którą są nabywane środki po dacie otrzymania wniosku przez Towarzystwo;
- 2) w razie przenoszenia środków pomiędzy funduszami, o którym mowa w ust. 5 pkt 2), najpóźniej w ciągu 5 dni roboczych od otrzymania wniosku przez Towarzystwo.

## Transfer środków § 7

1.  
Zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia jest uzależnione od transferu środków zgromadzonych na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia na rachunki prowadzone na podstawie indywidualnej umowy ubezpieczenia.

2.  
Transfer środków jest dokonywany na następujących zasadach:

- 1) środki gromadzone na rachunku A prowadzonym na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia są transferowane na:
  - a) rachunek BK, jeżeli pracodawca, będący ubezpieczającym w umowie grupowego ubezpieczenia wyrazi zgodę we wniosku o zawarcie indywidualnej umowy ubezpieczenia;
  - b) rachunek AK, jeżeli pracodawca nie wyrazi zgody, o której mowa w lit. a);
- 2) środki gromadzone na rachunku B prowadzonym na rzecz Ubezpieczonego na podstawie umowy grupowego ubezpieczenia są transferowane na rachunek BK.

3.  
Transfer środków polega na przeniesieniu środków z rachunku, z którego dokonywany jest transfer, na rachunek docelowy – bez dokonywania sprzedaży oraz zakupu jednostek uczestnictwa.

4.  
W razie transferu środków na rachunek AK środki zgromadzone na tym rachunku pozostają zablokowane do czasu upływu okresu wskazanego przez Towarzystwo w umowie ubezpieczenia. Okres zablokowania środków jest uzależniony od postanowień umowy grupowego ubezpieczenia. Po okresie zablokowania środków następuje ich transfer na rachunek BK Ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 3.

## Czas trwania odpowiedzialności Towarzystwa § 8

1.  
Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

2.  
Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej wygasa w dniu:

- 1) zgonu Ubezpieczonego;
- 2) w którym wartość środków zgromadzonych na rachunkach AK i BK Ubezpieczonego zrówna się z wysokością kosztów pobieranych przez Towarzystwo, określonych w taryfie kosztów;

- 3) rozwiązania umowy ubezpieczenia;
- 4) zakończenia okresu ubezpieczenia bezskładkowego, jeżeli ubezpieczenie zostało przekształcone w ubezpieczenia bezskładkowe.

## Ubezpieczenie bezskładkowe

### § 9

1.

Ubezpieczenie bezskładkowe polega na objęciu Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową do okresu wskazanego przez Towarzystwo, nie dłużej jednak niż do 70. roku życia, przy czym Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek.

2.

Z tytułu ubezpieczenia bezskładkowego zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest ograniczony do dwóch zdarzeń:

- 1) zgonu Ubezpieczonego;
- 2) zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

3.

Umowa ubezpieczenia jest przekształcana w ubezpieczenie bezskładkowe, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, w następujących przypadkach:

- 1) na wniosek Ubezpieczonego – z dniem wskazanym we wniosku, nie wcześniej jednak niż w dniu doręczenia tego wniosku do Towarzystwa;
- 2) jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek ochronnych odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u. (ogólnych warunków kontynuacji grupowego ubezpieczenia na życie) – z dniem zawieszenia odpowiedzialności Towarzystwa.

4.

Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest dokonywane wyłącznie wtedy, gdy środki zgromadzone na rachunku BK wystarczają na pokrycie składki jednorazowej ustalonej przez Towarzystwo, której wysokość zależy w szczególności od wieku, płci i sumy ubezpieczenia.

5.

Jeżeli po okresie zawieszenia odpowiedzialności z tytułu nieopłacania składek odpowiedzialność nie zostanie wznowiona w trybie, o którym mowa w § 7 o.w.u., a środki zgromadzone na rachunku BK nie wystarczają na opłacenie składki jednorazowej, Towarzystwo jest zwolnione z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia w okresie zawieszenia odpowiedzialności zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

6.

Składka jednorazowa jest pobierana ze środków zgromadzonych na rachunku BK. Jeżeli po pobraniu środków należnych z tytułu składki jednorazowej na rachunku pozostaną środki – środki te mogą być wykupione na wniosek Ubezpieczającego.

7.

W razie wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością – Towarzystwo wypłaci świadczenie równe:

- 1) sumie ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego;
- 2) dwukrotności sumy ubezpieczenia w razie zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku.

8.

O przekształceniu ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo poinformuje ubezpieczonego na piśmie, określając okres trwania ubezpieczenia, wysokość sumy ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności oraz przedstawiając informacje o środkach pozostałych na rachunkach Ubezpieczonego, podlegających wykupowi na wniosek Ubezpieczonego.

9.

Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

## Wykup ubezpieczenia

### § 10

1.

Ubezpieczający może dokonać całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia w czasie trwania umowy wyłącznie na zasadach określonych poniżej.

2.

Wniosek o całkowity oraz częściowy wykup ubezpieczenia jest składany Towarzystwu przez Ubezpieczającego na piśmie.

3.

Całkowity wykup ubezpieczenia na wniosek Ubezpieczającego może być dokonany tylko wówczas gdy nie jest prowadzony rachunek AK.

4.

Całkowity wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku.

5.

Częściowy wykup ubezpieczenia polega na wypłacie wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku BK. Ubezpieczający powinien na piśmie wskazać, jaka kwota środków i z których funduszy ma podlegać wykupowi. Częściowy wykup ubezpieczenia może być dokonany, jeżeli ubezpieczenie nie zostało przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.

6.

Zarówno w razie całkowitego, jak i częściowego wykupu ubezpieczenia liczba jednostek odpowiadających swoją wartością kwocie dokonywanego wykupu jest odejmowana z rachunku.

7. Kwotę należną z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia Towarzystwu pisemnego wniosku o wykup, o którym mowa w ust. 2, w formie jednorazowej wypłaty.

8.

Wartość wykupu (całkowitego lub częściowego) jest ustalana według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa z dnia zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę kwoty całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia.

9.

Kwota wartości całkowitego lub częściowego wykupu ubezpieczenia jest pomniejszana przed jej wypłaceniem o koszty wykupu określone przez Towarzystwo w taryfie kosztów.

10.

Kwota wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia jest przed jej wypłaceniem powiększana o kwoty składek inwestycyjnych, za które nie zostały jeszcze zakupione jednostki uczestnictwa.

11.

Wysokość kosztów związanych z dokonywaniem wykupu ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania są określane na podstawie obowiązującej taryfy kosztów.

12.

Niezależnie od innych postanowień Warunków, Towarzystwo wypłaca kwotę w wysokości wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia bez potrącania kosztów wykupu – w następujących przypadkach:

- 1) zgonu Ubezpieczonego – Uposażonemu zgodnie z umową ubezpieczenia – na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia z umowy ubezpieczenia;
- 2) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia – w terminie 30 dni od daty pisma informującego Ubezpieczającego o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że nie jest prowadzony rachunek AK.
- 3) transferu środków, o którym mowa w § 5 ust. 1 pkt 3 Warunków – na wniosek Ubezpieczającego.

13.

Wypłata kwoty wartości całkowitego wykupu ubezpieczenia kończy odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia.

14.

Wartość wykupu całkowitego jest ustalana:

- 1) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zgonu Ubezpieczonego – przypadku, o którym mowa w ust.12 pkt 1);
- 2) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia – w przypadku, o którym mowa w ust.12 pkt 2).

- 3) według ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa w dniu zaakceptowania przez Towarzystwo wniosku o transfer środków – w przypadku, o którym mowa w ust.12 pkt 3)

## Postanowienia końcowe


### § 11

1.

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia o.w.u. oraz Regulaminu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr 23/2005 z dnia 25 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 1 maja 2005 roku.



Paweł Dangel  
Prezes Zarządu



Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu

# Taryfa kosztów do ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego o indeksie GZ KR 03

Niniejsza taryfa kosztów ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia kontynuacji ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (indeks GZ KR 04)

- Limit środków zgromadzonych na rachunku, od którego umowa dodatkowa z rachunkiem inwestycyjnym może być kontynuowana, wynosi 1000 złotych.
  - Minimalna wysokość doraźnej składki inwestycyjnej wynosi 100 złotych.
  - Cena kupna jednostki uczestnictwa każdego funduszu nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki tego funduszu o więcej niż 5% ceny sprzedaży jednostki.
  - Opłata za zarządzanie aktywami wynosi do 2% w skali roku od wartości aktywów i jest naliczana przy każdej wycenie jednostki.
  - Koszty prowadzenia rachunków wynoszą 1 zł miesięcznie za rachunek BK Ubezpieczonego, potrącaną w jednostkach uczestnictwa wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony w równych częściach. Prowadzenie rachunku AK jest bezpłatne.
  - Koszty częściowego oraz całkowitego wykupu ubezpieczenia wynoszą:
    - w pierwszym roku – 5% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
    - w drugim roku – 4% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
    - w trzecim roku – 3% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
  - w czwartym roku – 2% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
  - w piątym roku – 1% wypłacanej kwoty, ale nie mniej niż 50 złotych;
  - w szóstym roku i latach następnym – brak kosztów.
7. Zmiana podziału składki pomiędzy fundusze oraz przeniesienie środków pomiędzy funduszami są operacjami bezpłatnymi raz w ciągu każdego 12 miesięcy licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Każda następna operacja w wyżej wymienionym okresie obciążona jest opłatą 15 złotych potrącaną w jednostkach uczestnictwa z wszystkich funduszy, których jednostki uczestnictwa nabywa Ubezpieczony.
8. Towarzystwo zastrzega, że wszystkie koszty wyrażone jako kwoty w złotych mogą być indeksowane raz w roku kalendarzowym indeksem ustalonym przez Towarzystwo, nie wyższym niż aktualny roczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług publikowany przez GUS.

Niniejsza taryfa kosztów została zatwierdzona uchwałą Zarządu TU Allianz Życie Polska S.A. nr z dnia 24/2005 z dnia 25 lutego 2005 roku i wchodzi w życie z dniem 01 marca 2005 roku.

Paweł Dangel  
Prezes Zarządu

Jerzy Nowak  
Wiceprezes Zarządu