

Ogólne warunki ubezpieczenia „IKE Allianz – Pekao”.

§ 1

Postanowienia ogólne

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach ubezpieczenia „IKE Allianz-Pekao”, zwanych dalej „umowami ubezpieczenia”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

§ 2

Definicje

Terminom używanym zarówno w ogólnych warunkach ubezpieczenia i wniosku jak i wszelkich innych dokumentach do nich dołączonych, nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

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

Ustawa – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych (DzU nr 116, poz. 1205).

Ubezpieczający – osoba fizyczna mająca nieograniczony obowiązek podatkowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła umowę ubezpieczenia na swoją rzecz i jest zobowiązana do opłacania składek. Jest nim Oszczędzający, który gromadzi środki na IKE.

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Może nim być wyłącznie Ubezpieczający.

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez Oszczędzającego w umowie o prowadzenie IKE, która otrzyma środki w razie jego śmierci.

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez oszczędzającego w umowie o prowadzenie IKE, która otrzyma środki w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Uposażony nie żyje albo nie istnieje, zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu.

Małoletni – osoba fizyczna, która ukończyła lat 16 i nie ukończyła lat 18. Małoletni uzyskuje pełnoletność przez zawarcie małżeństwa i nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa.

Oszczędzający – osoba fizyczna, która gromadzi środki na IKE.

Institucja finansowa – fundusz inwestycyjny, podmiot prowadzący działalność maklerską, zakład ubezpieczeń, bank, prowadzące IKE.

Program emerytalny – pracowniczy program emerytalny w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (DzU nr 116, poz. 1207).

IKE – wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, prowadzony na zasadach określonych ustawą.

KSD – konto swobodnego dostępu; wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, na który wpływają

nadwyżki składek wpłacanych przez Ubezpieczającego po przekroczeniu limitu wpłat na IKE.

Gromadzenie oszczędności na IKE – dokonywanie wpłat, wypłat transferowych oraz przyjmowanie wypłat transferowych, a także inwestowanie środków znajdujących się na IKE.

Wniosek – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia oraz określający szczegółowo warunki, na jakich umowa została zawarta, podpisany przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa.

Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – dzień wskazany we wniosku, następujący po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.

Suma ubezpieczenia – minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo w razie śmierci Ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia i wynosi 1000 zł.

Suma na ryzyku – różnica pomiędzy nominalną sumą wpłaconych składek, pomniejszona o sumę dokonanych częściowych wykupów, a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, nie mniejsza niż zero.

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, o określonej wysokości, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia. Wpłata składki jednorazowej jest warunkiem zawarcia umowy IKE.

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego z dowolną częstotliwością. Wysokość składki nie może być niższa od minimalnej wysokości określonej przez Towarzystwo.

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

Umowa IKE – pisemna umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym o prowadzenie przez Towarzystwo IKE na rzecz Oszczędzającego.

Umowa dodatkowa – umowa ubezpieczenia uzupełniająca umowę ubezpieczenia i stanowiąca jej integralną część, która rozszerza zakres ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w niej wyszczególnione.

Wypłata – wypłata środków zgromadzonych na IKE dokonywana na rzecz:

- a) Ubezpieczonego, po spełnieniu warunków określonych w § 9 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, albo
- b) Uposażonych, w razie śmierci Ubezpieczonego, po spełnieniu warunków określonych w § 10 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Wypłata transferowa – przeniesienie środków zgromadzonych przez Ubezpieczającego na IKE do innej instytucji finansowej lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKE z IKE zmarłego Ubezpieczonego na IKE Uposażonego albo do programu emerytalnego, do którego Uposażony przystąpił, lub jednoczesne odkupienie jednostek uczestnictwa w jednym funduszu inwestycyjnym i nabycie jednostek uczestnictwa w innym funduszu

inwestycyjnym zarządzanym przez to samo towarzystwo funduszy inwestycyjnych, za środki pieniężne uzyskane z odkupienia jednostek uczestnictwa (konwersja), pod warunkiem że jednostki odkupywane, jak i nabywane są rejestrowane na IKE Ubezpieczającego, lub przeniesienie środków zgromadzonych przez Ubezpieczającego na IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił Ubezpieczający, albo przeniesienie środków z programu emerytalnego na IKE, w sytuacjach określonych w ustawie o pracowniczych programach emerytalnych.

Zwrot – wypowiedzenie umowy przez którąkolwiek ze stron, polegające na wycofaniu środków zgromadzonych na IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty bądź wypłaty transferowej.

Oplata manipulacyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia potrącana ze składki.

Oplata administracyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia uiszczana przez Ubezpieczającego w razie jego odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Oplata za ochronę ubezpieczeniową – opłata za bieżącą ochronę ubezpieczeniową, potrącana miesięcznie z KSD.

Rocznica umowy – każda rocznica daty określonej we wniosku jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami umowy.

Rok kalendarzowy – okres rozpoczynający się 1 stycznia, a kończący się 31 grudnia.

Maksymalny limit wpłat na IKE – maksymalny limit wpłat dokonywanych na IKE w roku kalendarzowym, ustalany jako 150% prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, ogłaszany w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” przez ministra właściwego do spraw zabezpieczenia społecznego.

Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) – wydzielona część aktywów Towarzystwa ulokowana w jednostkach uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych, w rozumieniu ustawy z dnia 28 sierpnia 1997 r. o funduszach inwestycyjnych (tekst jednolity DzU nr 49 z 2002 r., poz. 448), zarządzanych przez Pioneer Pekao Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.

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

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu z KSD, w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Potwierdzenie zawarcia umowy – dokument wystawiany przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy o prowadzenie IKE.

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

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 2.
 - 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia, lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) działań wojennych, stanu wojennego;
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- W powyższych sytuacjach zostanie wypłacona wartość wykupu.

3.

Zakres odpowiedzialności Towarzystwa jest rozszerzony o wypłatę świadczenia z tytułu umowy dodatkowej, co zostało potwierdzone we wniosku. Zakres odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej jest określony w warunkach ubezpieczenia dotyczących umowy dodatkowej dołączanej do umowy ubezpieczenia.

§ 4 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa jest zawierana na czas nieokreślony.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 16 lat, z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.

Małoletni ma prawo do dokonywania wpłat na IKE, a tym samym do zawarcia umowy ubezpieczenia, tylko w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę.

4.

Umowa ubezpieczenia jest zawierana wyłącznie z umową o prowadzenie IKE, na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.

5.

Umowa ubezpieczenia wraz z umową o prowadzenie IKE jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 8.

6.

Po przyjęciu oświadczenia Ubezpieczającego Towarzystwo wystawia potwierdzenie zawarcia umowy IKE.

7.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następnego po dniu zawarcia umowy, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia na konto Towarzystwa.

8.

W razie dokonania wypłaty transferowej z innej instytucji finansowej do Towarzystwa umowa IKE jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, natomiast umowa ubezpieczenia jest zawarta z dniem wypłynięcia wypłaty transferowej z innej instytucji finansowej na konto Towarzystwa.

9.

W przypadku transferu, o którym mowa w ust.8, Towarzystwo ma prawo odrzucić wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia i rozwiązać umowę IKE, jeżeli w ciągu 3 miesięcy od daty podpisania wniosku, na konto Towarzystwa nie wpłynie transfer.

10.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

11.

Z dniem, o którym mowa w ust. 8, wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

12.

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

§ 5 Składki

1.

Kwota składki jest określona we wniosku.

2.

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

3.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.

§ 6 Konta

1.

Towarzystwo w ramach umowy ubezpieczenia oraz umowy o prowadzenie IKE otwiera Ubezpieczającemu KSD i IKE.

2.

Każda wpłacona przez Ubezpieczającego składka (jednorazowa lub doraźna) jest przeznaczana na nabywanie jednostek uczestnictwa, które lokowane są w pierwszej kolejności na IKE, zaś po wykorzystaniu maksymalnego limitu wpłat na IKE – na KSD.

3.

- 1) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może przenosić środki z KSD na IKE, do wysokości maksymalnego limitu wpłat na IKE.
- 2) Przeniesienie środków, o którym mowa w pkt.1, obowiązuje po rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje niezwłocznie po wypłynięciu odpowiedniego wniosku do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Przenieszone środki są pobierane proporcjonalnie z każdego funduszu.

4) W rocznicę polisy Towarzystwo automatycznie przeniesie część środków z KSD na IKE, jednak nie więcej niż do wysokości maksymalnego limitu wpłat na IKE.

5) Ubezpieczający upoważnia Towarzystwo do zasilania IKE kwotami wynikającymi z pkt. 4.

6) Niezależnie od innych postanowień, Towarzystwo dokona przeniesienia środków z KSD na IKE pod warunkiem, że po operacji przeniesienia środków na KSD pozostanie wyższa z wartości:

- a) 1000 zł,
- b) koszt wykupu dla danego roku polisowego.

§ 7 Fundusze i rachunek jednostek

1.

1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.

2) Ubezpieczający, na zasadach określonych poniżej, ma prawo w ramach jednej umowy ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który będą inwestowane składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

3) Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach uczestnictwa.

4) W ramach każdego funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym ewidencjonuje jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych zarządzanych przez Pioneer Pekao TFI S.A., nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

5) Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych stanowi załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym funduszem jest ustalana przede wszystkim zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.

2) Wartość aktywów każdego funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa są ustalane na podstawie wartości rynkowej wszystkich lokat związanych z danym funduszem, według ich stanu w dniu wyceny.

3) Cenę jednostki uczestnictwa ustala się według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.

3.

1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczane na nabywanie jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych poniżej.

2) Na nabycie jednostek uczestnictwa Towarzystwo przeznaczają kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego, pomniejszoną o opłatę manipulacyjną określoną w załączniku do ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Przy zawieraniu umowy Ubezpieczający może wybrać „Program efektywnego inwestowania”, a więc powierzyć Towarzystwu dobór odpowiednich funduszy w zależności od swojego wieku. W tej sytuacji nie stosuje się postanowień ust. 4.

4) W razie nieskorzystania przez Ubezpieczającego z Programu wskazanego w pkt. 3 Ubezpieczający będzie samodzielnie dokonywał wyboru funduszy, w których będą lokowane składki.

5) Program, o którym mowa w pkt 3, trwa nieprzerwanie do końca trwania umowy ubezpieczenia i polega na odpowiednim doborze funduszy do wieku Ubezpieczonego, przy jednoczesnym wyborze funduszu, w jakim w danym momencie będą alokowane składki. W ramach Programu Ubezpieczający nie ma prawa do samodzielnej zmiany alokacji składki

lub przeniesienia środków pomiędzy funduszami.

- 6) Wszystkie składki wpłacane przez Ubezpieczającego zostają alokowane w funduszu odpowiednim dla wieku Ubezpieczonego w dniu zaksięgowania składki na rachunku bankowym Towarzystwa.
- 7) Ubezpieczający może w dowolnym czasie zrezygnować z Programu, o którym mowa w pkt. 3, i samodzielnie dokonywać wyboru funduszy, składając Towarzystwu odpowiednie oświadczenie. Dokonanie takiej zmiany jest możliwe tylko raz, bez możliwości powrotu do wymienionego wyżej Programu.

4.

- 1) Składki wpłacane przez Ubezpieczającego są alokowane na IKE i KSD wyłącznie w jednym funduszu.
- 2) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić sposób alokacji składki, wybierając inny fundusz. Wskazanie Ubezpieczającego odnośnie wyboru innego funduszu jest zawsze jednakowe dla obydwu kont (IKE i KSD).
- 3) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może przenosić środki pomiędzy funduszami, z zastrzeżeniem § 6 ust.3 pkt. 2 i 5. Towarzystwo dokona przeniesienia środków pomiędzy funduszami zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku o przeniesienie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. Wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku podział procentowy dotyczy zarówno IKE, jak i KSD.
- 4) Zarówno pierwsza zmiana alokacji składki, jak też pierwsze przeniesienie środków pomiędzy funduszami w roku kalendarzowym są wolne od opłaty. Za każdą następną zmianę pobierana jest opłata z KSD, wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 5) Zmiany wymienione w pkt. 2 i 3 obowiązują po rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniej dyspozycji Ubezpieczającego. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu dyspozycji do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

5.

- 1) Jednostki podlegają umorzeniu i nabyciu według cen jednostek obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny jednostki obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunki jednostek IKE i KSD. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia składki na rachunek bankowy Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia potwierdzenia zawarcia umowy, a w przypadku składek doraźnych – również pod warunkiem doręczenia dyspozycji o której mowa w ust. 4, pkt 5.
- 3) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należną opłatę za ochronę ubezpieczeniową poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa, według następującego schematu:
 - a) opłaty za ochronę ubezpieczeniową obciążające rachunek jednostek KSD w danym portfelu są ustalane proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny jednostki uczestnictwa w danym dniu;
 - b) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą opłacie, według ceny jednostki w danym dniu.
- 4) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się, biorąc pod uwagę sumę na ryzyku oraz prawdopodobieństwo śmierci

Ubezpieczonego, z uwzględnieniem płci i wieku wynikające z tablic trwania życia w roku 1995 i 1996, ogłoszonych przez prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.

- 5) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 6) Koszt administrowania funduszami wskazano w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 8 Wykup KSD

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu KSD.
- 2) Wykup lub częściowy wykup KSD może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek KSD.
- 3) Wykup KSD jest możliwy wyłącznie w razie rozwiązania umowy IKE, a w szczególności wówczas, gdy z IKE została dokonana wypłata, wypłata transferowa lub zwrot.
- 4) Wartość wykupu odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek KSD, pomniejszonej o koszt wykupu.
- 5) W dniu zarejestrowania wniosku o częściowy wykup albo zarejestrowania rozwiązania umowy IKE wartość jednostek ustala się według cen jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wniosku o częściowy wykup albo rozwiązania umowy IKE w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu wniosku o częściowy wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 6) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu KSD zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.

2.

- 1) Podstawą, od której Towarzystwo oblicza koszt wykupu KSD, jest wartość rachunków jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 2, powiększona o sumę dokonanych częściowych wykupów z KSD, a także wartość środków przeniesionych z KSD na IKE, oraz pomniejszona o sumę wpłaconych składek doraźnych.
- 2) Koszt wykupu dla danego roku polisowego wynosi:

W roku polisowym:	Koszt wykupu KSD (% podstawy)
1.	5
2.	3
3.	3
4.	2
5.	1
Od 6. roku	0

- 3) Wykup jest realizowany z uwzględnieniem roku polisowego ustalanego na podstawie daty wpłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup.

3.

- 1) Niezależnie od innych postanowień, kwota częściowego wykupu KSD nie może być niższa niż 1000 zł oraz nie może przekroczyć wartości wykupu. Po dokonaniu częściowego wykupu na KSD nie może pozostać mniej niż 1000 zł.

- 2) W razie dokonania częściowego wykupu KSD liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swoją wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku jednostek funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup.
- 3) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania funduszy, z których mają być wycofane środki, Towarzystwo dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych funduszach. Jeżeli wymienione wskazanie jest niemożliwe do zrealizowania, Towarzystwo dokona wycofania środków z funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania wysokości, według własnego uznania.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
- 5) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem;
 - b) w razie wykupu – wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
- 6) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 14 dni od dnia wpłynięcia wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

§ 9

Wypłata, wypłata transferowa i zwrot środków zgromadzonych na IKE na wniosek Ubezpieczającego

1.
 - 1) Wypłata środków zgromadzonych na IKE następuje na wniosek Ubezpieczającego po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55. roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 lat przed dniem złożenia przez Oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
 - 2) Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o dokonanie wypłaty.
 - 3) Jeżeli fundusz inwestycyjny zawiesił odkupywanie jednostek uczestnictwa, wypłata następuje w terminie 14 dni od dnia wznowienia odkupywania jednostek uczestnictwa.
 - 4) Ubezpieczający, który dokonał wypłaty, nie może ponownie założyć IKE.

2.

- 1) Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego, po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
- 2) W razie wypłaty transferowej z IKE do programu emerytalnego wypłata transferowa dokonywana jest na rachunek programu emerytalnego.
- 3) Towarzystwo dokonuje wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji wypłaty transferowej – pod warunkiem że nie zachodzą przesłanki do zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa określonych w przepisach dotyczących funduszy inwestycyjnych.

- 4) Z chwilą przekazania środków umowa o prowadzenie IKE zawarta z instytucją finansową dokonującą wypłaty transferowej ulega rozwiązaniu.

3.

Przedmiotem wypłaty i wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.

4.

- 1) Zwrot środków zgromadzonych na IKE następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
- 2) Na równi ze zwrotem, w tym także w celach podatkowych, traktuje się pozostawienie środków zgromadzonych na IKE na rachunku Ubezpieczającego, jeżeli umowa o prowadzenie IKE wygasła, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
- 3) Jeżeli na IKE została przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek wpłaconych do programu emerytalnego.

5.

- 1) Przedmiotem zwrotu może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.
- 2) Zwrot środków zgromadzonych na IKE powinien nastąpić przed upływem terminu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
- 3) Po dokonaniu zwrotu Ubezpieczający ma prawo do zawarcia nowej umowy o prowadzenie IKE.

6.

Wypłata, wypłata transferowa oraz zwrot środków zgromadzonych na IKE są dokonywane w formie pieniężnej, z wyjątkiem sytuacji wskazanych w art. 38 ust. 2 ustawy.

§ 10

Wypłata i wypłata transferowa na wniosek Uposażonego i innych uprawnionych

1.
 - 1) W razie śmierci Ubezpieczonego wypłata środków zgromadzonych na IKE następuje na wniosek Uposażonego lub osoby wskazanej w § 11 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez osobę wskazaną w ust. 1 wniosku o dokonanie wypłaty oraz przedłożenia:

- a) aktu zgonu Ubezpieczonego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej, albo
- b) prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego bądź prawomocnego postanowienia sądu o podziale spadku, oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców – chyba że osoby uprawnione zażądają wypłaty w terminie późniejszym.

3.

Wypłata transferowa jest dokonywana z IKE zmarłego Ubezpieczającego na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego uprawniony przystąpił.

4.

Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie dyspozycji osoby uprawnionej, po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej odpowiednio: potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.

5.

Towarzystwo dokonuje wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia przedstawienia przez osoby uprawnione dokumentów wymienionych w ust. 2 oraz złożenia dyspozycji wypłaty transferowej – pod warunkiem że nie zachodzą przesłanki do zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa określonych w przepisach dotyczących funduszy inwestycyjnych.

6.

Każda z osób uprawnionych do podjęcia środków zgromadzonych na IKE zmarłego Ubezpieczonego może dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiła, wyłącznie całości przysługujących jej środków.

7.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszym paragrafie stosuje się odpowiednio postanowienia § 9 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez wskazanego pracownika Towarzystwa lub notariusza.
- 4) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
- 5) Na podstawie przesłanej dokumentacji Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.

2.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wyższej z poniższych kwot:
 - a) wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich funduszy na obydwu kontach (IKE i KSD) w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych po cenie jednostki z dnia zarejestrowania w systemie obsługi polis Towarzystwa zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2;
 - b) nominalnej sumy wpłaconych składek jednorazowej i doraźnych, pomniejszonej o sumę dokonywanych częściowych wykupów KSD;
 - c) sumy ubezpieczenia w wysokości określonej w § 2.

- 2) Rejestracja, o której mowa w pkt. 1, następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni, licząc od daty wpłynięcia kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 14 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli uprawniony do otrzymania świadczenia doręczy Towarzystwu dyspozycję przekazania należnej mu części świadczenia na jego IKE, wówczas Towarzystwo przekaże odpowiednią część IKE Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia doręczenia kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 4) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z załącznikami,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
 - e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, wskazanych przez Towarzystwo.
- 5) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawnej uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 6) W razie odmowy wypłaty świadczenia z KSD Towarzystwo wypłaci wartość wykupu według ceny jednostki z dnia zarejestrowania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w systemie obsługi polis Towarzystwa.

4.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w umowie ubezpieczenia.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak jest Uposażonych i Uposażonych Zastępczych, lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:

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

5.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek swojej śmierci zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.
- 3) Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od dnia wypłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 4) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczane z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w polisie.
- 5) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 12

Rozwiązanie umowy

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30. dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.

2.

- 1) W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu sumę wpłaconych składek, pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów KSD, jeśli zostały dokonane, oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wypłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 2) W odniesieniu do IKE jeżeli Ubezpieczający nie złożył wniosku o wypłatę transferową odstąpienie powoduje zwrot środków zgromadzonych na IKE, z koniecznością potrącenia podatku od zysków kapitałowych.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie.
- 2) Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup KSD oraz wypłatę środków zgromadzonych na IKE. Jeżeli Ubezpieczający nie spełnia wymogów dotyczących wypłaty oraz nie złożył wniosku o wypłatę transferową, Towarzystwo dokonuje zwrotu środków zgromadzonych na IKE, potrącając podatek od zysków kapitałowych.
- 3) Dokonanie wypłaty transferowej jest traktowane jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.

4.

- 1) Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:
 - a) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
 - b) z dniem doręczenia wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa;
 - c) z dniem dokonania wypłaty, wypłaty transferowej bądź zwrotu.

- 2) Rozwiązanie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z rozwiązaniem umowy o prowadzenie IKE.

§ 13

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

2.

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

3.

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

4.

Wszelkie świadczenia pieniężne związane z umową ubezpieczenia Towarzystwo spełnia na własny koszt przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnioną osobę lub jeżeli kwota świadczenia nie jest wyższa niż ustalona w danym momencie przez Towarzystwo przekazem na adres wskazany przez osobę uprawnioną.

5.

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

6.

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

7.

Zmiana wysokości opłat, o których mowa w pkt. 5, nie dotyczy opłaty manipulacyjnej.

§ 14

Prawa Ubezpieczającego

1.

Wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia, umowie o prowadzenie IKE oraz w przepisach obowiązującego prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

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

§ 15

Obowiązki Towarzystwa

1.

Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
- 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń Towarzystwa;
- 5) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 6) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia;
- 7) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 8) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 9) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 10) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego.

2.

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) dokonywania wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie rzadziej niż raz w miesiącu;
- 2) ogłaszania w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, niezwłocznie po jej ustaleniu, o wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

3.

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

4.

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

5.

W razie wyboru przez Ubezpieczającego mechanizmu zarządzania środkami, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 3, Towarzystwo będzie informowało Ubezpieczającego o automatycznej zmianie funduszu, w którym będą lokowane następne składki.

6.

Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo odpłatnie udostępni informacje, o których mowa w ust. 4, oraz informacje o stanie rachunku jednostek. Wysokość opłaty jest wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i jest pobierana z KSD.

§ 16

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

2.

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

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 39/2004 z dnia 26 sierpnia 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2004 roku.



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „IKE Allianz – Pekao”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „IKE Allianz – Pekao” (zwanych dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia).

2.

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

3.

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

§ 2

Definicje

1.

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

2.

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

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

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej jest równa 50% wartości środków zgromadzonych na rachunkach jednostek, jednak nie więcej niż 50 000 zł.

Suma na ryzyku – kwota, jaką Towarzystwo wypłaca z własnych środków w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Suma na ryzyku jest równa sumie ubezpieczenia.

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

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

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

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na powiększeniu świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego o sumę ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku określoną w polisie, jeżeli:

- nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej;
- śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku;
- śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przed rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

3.

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

- pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
- zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem;
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- popęśnienia przestępstwa lub usiłowania popęśnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia;

- sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia było bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem;
 - k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku;
 - m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 16 lat i nie ma ukończonych 64 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

4.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza, zgodnie z § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana w postaci jednostek uczestnictwa i wynosi 1,2 % sumy ubezpieczenia w skali roku.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

§ 5 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu:

- a) w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
- b) w razie dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

§ 6 Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 40/2004 z dnia 26 sierpnia 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2004 roku.



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia „IKE Allianz – Pekao”.

Tabela opłat

- Opłata za pisemne udostępnianie na prośbę Klienta informacji dotyczących aktualnej wartości wykupu polisy oraz stanu rachunków jednostek kont KSD i IKE: 3 zł.
- Opłata manipulacyjna - zależna od roku polisowego, na który przypada wpłacona składka:

Rok polisowy	Wysokość opłaty manipulacyjnej
1. rok	9,5%
2. rok	7%
3. rok	6%
4. rok	5%
5. rok	4%
6. rok	3%
7. rok	2%
Od 8. roku	1%

- Opłata administracyjna: 70 zł.
- Opłata za administrowanie funduszami – nie może przekroczyć w skali roku 1% aktywów. Wycena wartości aktywów netto na jednostkę uczestnictwa funduszy inwestycyjnych wchodzących w skład portfeli funduszy odbywa się zgodnie z zasadami opisanymi w statutach otwartych funduszy inwestycyjnych zarządzanych przez Pioneer Pekao Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.
- Opłata za zmianę alokacji składki – pierwsza zmiana w danym roku polisowym bezpłatnie, każda następna 20 zł.
- Opłata za przenoszenie środków pomiędzy funduszami – pierwsze przeniesienie w danym roku polisowym bezpłatnie, każde następne 20 zł.

Limity:

- minimalna wysokość składki doraźnej: 250 zł,
- minimalna składka jednorazowa: 6000 zł,
- minimalna wypłacana kwota wykupu: 50 zł.