

Ogólne warunki ubezpieczenia

**Indywidualne
terminowe
ubezpieczenie**
na życie i dożycie
z planem
kapitałowym

Allianz 

Spis treści

Ogólne warunki Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym

Artykuł 1	Postanowienia ogólne	1
Artykuł 2	Definicje	1
Artykuł 3	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	1
Artykuł 4	Zawarcie umowy ubezpieczenia	1
Artykuł 5	Składki ubezpieczeniowe	2
Artykuł 6	Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia	2
Artykuł 7	Postępowanie w przypadku zaprzestania opłacania składek	2
Artykuł 8	Rachunek zysków	3
Artykuł 9	Udział w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych	3
Artykuł 10	Indeksacja składki ubezpieczeniowej	3
Artykuł 11	Składka doraźna	3
Artykuł 12	Częściowa wypłata środków zgromadzonych na rachunku zysków	4
Artykuł 13	Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	4
Artykuł 14	Wznowienie umowy ubezpieczenia	4
Artykuł 15	Ograniczenia odpowiedzialności	4
Artykuł 16	Wypłata świadczeń	4
Artykuł 17	Dodatkowe świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego	5
Artykuł 18	Zmiany w umowie ubezpieczenia	5
Artykuł 19	Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego	5
Artykuł 20	Postanowienia końcowe	5

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

Artykuł 1	Postanowienia ogólne	6
Artykuł 2	Definicje	6
Artykuł 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	6
Artykuł 4	Zawarcie umowy dodatkowej	6
Artykuł 5	Składki ubezpieczeniowe	6
Artykuł 6	Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	6
Artykuł 7	Ograniczenia odpowiedzialności	6
Artykuł 8	Okoliczności współtowarzyszące nieszczęśliwemu wypadkowi	7
Artykuł 9	Postanowienia końcowe	7

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

Artykuł 1	Postanowienia ogólne	8
Artykuł 2	Definicje	8
Artykuł 3	Przedmiot i zakres umowy dodatkowej	8
Artykuł 4	Zawarcie umowy dodatkowej	8
Artykuł 5	Składki ubezpieczeniowe	8
Artykuł 6	Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	8
Artykuł 7	Ograniczenia odpowiedzialności	9
Artykuł 8	Postanowienia końcowe	9

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

Artykuł 1	Postanowienia ogólne	10
Artykuł 2	Definicje	10
Artykuł 3	Przedmiot i zakres i umowy dodatkowej	11
Artykuł 4	Zawarcie umowy dodatkowej	11
Artykuł 5	Składka ubezpieczeniowa	11
Artykuł 6	Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia	11
Artykuł 7	Wznowienie umowy dodatkowej	11
Artykuł 8	Ograniczenia odpowiedzialności	12
Artykuł 9	Wypłata świadczenia	12
Artykuł 10	Zmiany w umowie ubezpieczenia	12
Artykuł 11	Postanowienia końcowe	13

Ogólne warunki Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym

Artykuł 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna.

2.

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

Artykuł 2

Definicje

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

Towarzystwo – Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna;

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie objęte jest ochroną ubezpieczeniową;

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

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

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę ubezpieczenia:

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

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

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

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

Poziom ochrony ubezpieczeniowej – wskaźnik przedstawiający stosunek sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci do sumy ubezpieczenia w przypadku dożycia;

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

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

Rezerwa matematyczna – kwota pieniężna gromadzona przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek regularnych na pokrycie bieżących jak i przyszłych zobowiązań płynących z umowy ubezpieczenia;

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

Składka indeksacyjna – dodatkowa składka powiększająca składkę regularną począwszy od pierwszej rocznicy polisy, ulokowana na rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji wynoszącego 8% składki indeksacyjnej;

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną, uiszczana w dowolnym terminie trwania umowy ubezpieczenia, lokowana na

rachunku zysków po wcześniejszym potrąceniu kosztu alokacji wynoszącego 5% składki doraźnej;

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

Ubezpieczenia bezskładkowe – ubezpieczenia na zmienionych warunkach, w którym wygasa obowiązek opłacania składek;

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem i Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

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

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

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

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

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

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

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

Artykuł 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia polega na wypłacie:

- Ubezpieczonemu, sumy ubezpieczenia w przypadku dożycia przez niego dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- Uposażonemu, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem postanowień Artykuł 15 ust. 4.5 oraz 6.

3.

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

4.

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

Artykuł 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

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

2.

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

3.

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

4.

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

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza;
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim, jeśli wymagane są one przez Towarzystwo;
- c) doręczenie, na żądanie Towarzystwa, wszelkiej dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy;
- d) opłacenie pierwszej składki ubezpieczeniowej.

5.

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

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

6.

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

7.

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

8.

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

9.

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

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym zaakceptowano lub odmówiono akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona stosownie do postanowień art. 15 ust. 4 oraz ust. 5.
- 2) Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji lub odmowy akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- 3) Towarzystwo potwierdzi zaakceptowanie ryzyka poprzez doręczenie Ubezpieczającemu polisy.

10.

W przypadku, gdy Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 7 stosuje się odpowiednio.

11.

Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązuje się na piśmie zwrócić uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu, uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy z dniem następnym po upływie powyższego terminu.

12.

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

Artykuł 5

Składki ubezpieczeniowe

1.

Na całkowitą składkę ubezpieczeniową regularną, zwaną dalej składką regularną, składają się składka regularna podstawowa będąca należnością

z tytułu umowy ubezpieczenia oraz składki regularne dodatkowe będące należnościami z tytułu poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do umowy ubezpieczenia.

2.

Składka regularna jest płatna z góry za okres wybrany przy zawarciu umowy ubezpieczenia poprzez określenie wariantu opłacania składek. W zależności od wybranego wariantu, termin wymagalności składki może przypadać co roku lub co pół roku lub co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako data rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

3.

Kwota składki regularnej oraz wariant jej opłacania jest określony w polisie.

4.

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

5.

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

6.

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

7.

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

8.

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

Artykuł 6

Odstąpienie od umowy i wypowiedzenie umowy ubezpieczenia

1.

Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty wystawienia polisy. W przypadku skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o opłatę administracyjną, o ile nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.

2.

Ubezpieczający ma prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w każdym czasie z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od dnia doręczenia Towarzystwu wypowiedzenia umowy na piśmie.

Artykuł 7

Postępowanie w przypadku zaprzestania opłacania składek

1.

W przypadku, gdy Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w terminie wymagalności, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, Ubezpieczający otrzyma środki z likwidacji rachunku zysków zgodnie z postanowieniami art. 8 ust. 4, a umowa ubezpieczenia oraz wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają.

2.

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

Jeżeli okresie prolongaty nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, Towarzystwo ma prawo przekształcić ubezpieczenie w ubezpieczenie bezskładkowe.

3.

Wykup polisy

- 1) Wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty składki regularnej.
- 2) Wartość wykupu jest określona w momencie zawarcia umowy ubezpieczenia i podana w polisie do wiadomości Ubezpieczającego.
- 3) Wypłata wartości wykupu nastąpi w terminie do 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego wniosku o wykup.
- 4) Wartość wykupu polisy będzie ustalona na dzień wymagalności składki i pomniejszona o wszelkie należności Ubezpieczającego względem Towarzystwa zgodne z warunkami umowy ubezpieczenia.
- 5) W momencie wykupu polisy, do wartości wykupu dodana zostanie wartość rachunku zysków przypadająca na dzień dokonania wykupu.
- 6) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) kopii dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
 - c) innych dokumentów, wskazanych przez Towarzystwo.

4.

Czasowe zawieszenie opłacania składek

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

5.

Zamiana na ubezpieczenie bezskładkowe

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

6.

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

Artykuł 8

Rachunek zysków

1.

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

2.

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

3.

Likwidacja rachunku zysków i wypłata wszystkich środków na nim zgromadzonych następuje z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia niezależnie od wszelkich świadczeń w niej określonych.

4.

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

5.

Zyski wynikające z posiadania rachunku zysków są dopisywane do niego co najmniej w każdą rocznicę polisy, gdy umowa ubezpieczenia jest w mocy, według stopy procentowej określonej przez Towarzystwo.

6.

Podstawą do określenia stopy procentowej są zyski osiągnięte przez Towarzystwo z lokat środków zgromadzonych na rachunkach zysków.

Artykuł 9

Udział w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych

1.

Na koniec każdego roku polisy, w którym istnieje wartość wykupu polisy, Ubezpieczającemu przysługuje prawo do udziału w zyskach od zainwestowanych rezerw matematycznych związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia.

2.

Podstawą do naliczenia zysku w każdą rocznicę polisy jest określona na ten dzień rezerwa matematyczna zdyskontowana o techniczną stopę procentową wynoszącą 5% rocznie.

3.

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

Artykuł 10

Indeksacja składki ubezpieczeniowej

1.

Ubezpieczający ma prawo dokonać powiększenia składki regularnej w każdą rocznicę polisy.

2.

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

3.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji albo wskazania własnej propozycji nowej wysokości składki.

4.

Kwota zadeklarowana przez Ubezpieczającego w każdą rocznicę polisy, wpłacona przez niego wraz ze składką regularną i powiększająca wymagalną składkę regularną wskazaną w polisie, zostanie uznana przez Towarzystwo jako składka indeksacyjna i po odjęciu kosztu alokacji w wysokości 8% zostanie umieszczona na rachunku zysków przypisanym do polisy.

5.

Wysokość składki indeksacyjnej może ulegać zmianom tylko w rocznicę polisy.

6.

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

Artykuł 11

Składka doraźna

1.

Ubezpieczający ma prawo do dokonywania wpłat składek doraźnych w każdym czasie, jeżeli ubezpieczenie nie zostało przekształcone na bezskładkowe.

2.

Składka doraźna po odjęciu kosztu alokacji w wysokości 5% zostanie umieszczona na rachunku zysków.

3.

Wysokość minimalnej składki doraźnej wynosi 1000 PLN i Towarzystwo zastrzega sobie prawo do jej zmiany.

4.

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

Artykuł 12

Częściowa wypłata środków zgromadzonych na rachunku zysków

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

2. Wysokość wypłacanej kwoty nie może przewyższyć sumy składek regularnych za okres 12 miesięcy i nie może być dokonana częściej niż raz na 4 lata.

3. Ubezpieczający ma prawo do powyższej wypłaty, jeżeli środki zgromadzone na rachunku zysków są wystarczające na dokonanie żądanej wypłaty, oraz jeżeli w ciągu ostatnich czterech lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek.

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

- oryginału polisy wraz z załącznikami,
- kopii dokumentu stwierdzającego tożsamości Ubezpieczającego potwierdzonej przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem,
- innych dokumentów, wskazanych przez Towarzystwo.

Artykuł 13

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia wraz z wszelkimi dołączonymi do niej umowami dodatkowymi wygasa w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- dożycia Ubezpieczonego do dnia określonego w polisie jako dzień wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, z dniem wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej,
- śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy, z dniem śmierci,
- niezapłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnej składki w okresie, gdy polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, z dniem zakończenia terminu prolongaty składki,
- dokonania przez Ubezpieczającego wykupu polisy, z dniem złożenia wniosku o wykup,
- niezaakceptowania ryzyka z upływem trzech miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

Artykuł 14

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1. W przypadku gdy polisa nie posiada wartości wykupu, a umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek umowa ubezpieczenia może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności nie zapłaconej składki.

2. Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli spełnione zostały poniższe warunki:

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

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

Artykuł 15

Ograniczenia odpowiedzialności

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

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

3.

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

4.

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

5.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności określonej w ust. 4 jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza 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,
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. 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, wyciągi samochodowe i motocyklowe,
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia były bezpośrednio związane z nieszczęśliwym wypadkiem,
- zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę, chyba że zatrucie powstało w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
- samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności, chyba że stan ograniczonej poczytalności powstał na skutek nieszczęśliwego wypadku,
- wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu) i psychicznych, których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek.

6.

Towarzystwo ograniczy się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu powiększonej o środki zgromadzone na rachunku zysków określone według stanu na dzień zgłoszenia roszczenia, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

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

Artykuł 16

Wypłata świadczeń

1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione zobowiązane są do bezwłocznego powiadomienia na piśmie Towarzystwa o tym zdarzeniu.

2.

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

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) odpisu aktu zgonu,
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uposażonego,
- e) innych dokumentów, wskazanych przez Towarzystwo.

3.

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

- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) dokumentu stwierdzającego datę urodzenia i tożsamość Ubezpieczonego,
- c) innych dokumentów, wskazanych przez Towarzystwo.

4.

Wszelkie świadczenia zostaną powiększone o wartość rachunku zysków przypadającą na dzień zaakceptowania roszczenia.

5.

Towarzystwo zobowiązane jest spełnić świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od dnia otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

6.

- 1) Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.
- 2) W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci wartość wykupu powiększoną o środki zgromadzone na rachunku zysków określone według stanu na dzień zgłoszenia roszczenia.

7.

W przypadku, gdy wiek Ubezpieczonego określony we wniosku o ubezpieczenie został wskazany błędnie, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ponownego obliczenia składki za zawarte ubezpieczenie. Jeżeli nowa składka okaże się wyższa od tej, która była opłacana, Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy przytoczonych wyżej składek z uwzględnieniem odsetek w stosunku do wszystkich dokonanych wpłat składek regularnych.

8.

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

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

Artykuł 17

Dodatkowe świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego

1.

Na dodatkowe świadczenie w przypadku śmierci Ubezpieczonego składa się część ostatniej składki regularnej proporcjonalna do okresu pomiędzy datą śmierci Ubezpieczonego, a datą wymagalności następnej składki.

2.

Towarzystwo zobowiązuje się do powiększenia sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci o dodatkowe świadczenie w przypadku śmierci, jeżeli:

- a) składka regularna z tytułu zawartej umowy była opłacana rocznie lub półrocznie,
- b) wszystkie składki były opłacone w terminie ich wymagalności określonych w polisie.

Artykuł 18

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

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

2.

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

3.

Czas trwania umowy oraz sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci i w przypadku dożycia zostają określone w momencie zaakceptowania ryzyka i nie mogą ulec zmianie w trakcie jej trwania po za postanowieniami określonymi w art. 4 ust. 11.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do obciążenia Ubezpieczającego kosztami powstałymi z winy Ubezpieczającego, związanymi z przeprowadzeniem zmian w umowie, wystawieniem duplikatów lub kopii polisy ubezpieczeniowej, administracyjnymi czynnościami związanymi z dokonywaniem cesji praw, itp.

5.

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

Artykuł 19

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

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

2.

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

3.

Ubezpieczonemu, w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do wskazania i zmiany Uposażonego.

4.

Wskazania Uposażonego stają się bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

Artykuł 20

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 10/2000 z dnia 30 marca 2000 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 17 kwietnia 2000 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

Artykuł 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do niżej wymienionych umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna:

- Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie,
- Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym,
- Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na dożycie z planem edukacyjnym.

2.

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

3.

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

Artykuł 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 znaczenia:

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną przez umowę dodatkową. Jest nim śmierć Ubezpieczonego w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;

Suma ubezpieczenia – określone w polisie świadczenie, które będzie wypłacone Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku;

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.

Artykuł 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest życie Ubezpieczonego.

2.

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

- nieszczęśliwy wypadek, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, był bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci i nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia umowy dodatkowej,
- śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia umowy dodatkowej,
- śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczonego nastąpiła w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku,
- śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpiła przez rocznicą polisy poprzedzającą ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

Artykuł 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta na czas określony umową ubezpieczenia, jednak nie przekraczający rocznicą polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

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

3.

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

4.

Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić tylko wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

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

Artykuł 5

Składki ubezpieczeniowe

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

Artykuł 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdym z niżej wymienionych przypadków:

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

Artykuł 7

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności określonej w ust. 4 jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza 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,

- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że wskazanie lekarskie do przeprowadzenia leczenia były 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.

Artykuł 8

Okoliczności współtowarzyszące nieszczęśliwemu wypadkowi

Jeżeli nieszczęśliwemu wypadkowi, w rezultacie którego nastąpiła śmierć Ubezpieczonego, współtowarzyszyły inne okoliczności nie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej, które przyczyniły się w określonym stopniu do śmierci Ubezpieczonego, przy czym stopień ten ustalony przez Towarzystwo wyniesie co najmniej 25%, Towarzystwo pomniejszy świadczenie stosownie o określony stopień udziału tych okoliczności.

Artykuł 9

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

3.

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

4.

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

5.

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

6.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 10/2000 z dnia 30 marca 2000 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 17 kwietnia 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

Artykuł 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do niżej wymienionych umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna:

- a) Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie,
- b) Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym,
- c) Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na dożycie z planem edukacyjnym.

2.

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

3.

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

Artykuł 2

Definicje

1.

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

2.

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

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

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

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

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

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

3.

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

Artykuł 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych podstawowych oraz składek regularnych dodatkowych z tytułu tych umów, które to przewidują.

3.

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

4.

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

Artykuł 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa może być zawarta na czas określony umową ubezpieczenia, jednak nie przekraczający rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

2.

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

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

4.

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

5.

Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić tylko wraz z zawarciem ubezpieczenia.

6.

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

Artykuł 5

Składki ubezpieczeniowe

1.

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

2.

W przypadku wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek regularnych do momentu zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej pod rygorem utraty prawa do ochrony ubezpieczeniowej z dniem wymagalności niezapłaconej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych jeśli powyższe roszczenie zostanie odrzucone.

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

Artykuł 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa w każdym z niżej wymienionych przypadków:

- a) wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia;
- b) z dniem określonym w polisie jako dzień wygaśnięcia umowy dodatkowej;

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

Artykuł 7

Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Towarzystwo jest zwolnione od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, w przypadku gdy inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych,
- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem przypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych,
- e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych,
- i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookałeczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

Artykuł 8

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

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

3.

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

4.

W okresie opłacania składek przez Towarzystwo, składka indeksacyjna, składki doraźne oraz składki dodatkowe ulegają zawieszeniu.

5.

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

6.

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

7.

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

8.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 10/2000 z dnia 30 marca 2000 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 17 kwietnia 2000 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Andrzej Burza
Wiceprezes Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

Artykuł 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się tylko jako uzupełnienie do umowy Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym w wariantcie (1:1) i wariantcie (1:1,5), zawieranej przez Towarzystwo Ubezpieczeniowe Allianz Życie Polska Spółka Akcyjna na podstawie ogólnych warunków Indywidualnego terminowego ubezpieczenia na życie i dożycie z planem kapitałowym.

2.

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

3.

Warunki określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosują się do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, jeśli te nie stanowią inaczej.

Artykuł 2

Definicje

1.

Terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się także w ogólnych warunkach ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, jeśli te nie stanowią inaczej.

2.

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

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania;

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

Okres karencji – czas, po którym rozpoczyna się okres odpowiedzialności. Wynosi on odpowiednio:

– 180 dni od daty wystawienia polisy,

– 270 dni od daty wzniesienia umowy lub podwyższenia sumy ubezpieczenia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego, niż określony powyżej, okresu karencji;

Suma ubezpieczenia – określone w polisie świadczenie z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, które będzie wypłacone Ubezpieczonemu na niżej określonych warunkach, jeżeli data zdarzenia ubezpieczeniowego przypada w okresie odpowiedzialności; **Składka regularna dodatkowa** – składka z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania;

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

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

Lekarz specjalista – lekarz o odpowiedniej specjalizacji powołany przez Towarzystwo;

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

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.

W rozumieniu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, poniższe terminy będą oznaczać:

- złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory „in situ”, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
- zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG, oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są przypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. „nieme zawały”,
- udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynacynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutku choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR),
- niewydolność nerek – mocznica na skutek przewlekłej niewydolności nerek wymagająca leczenia dializami przez okres co najmniej 3 miesięcy lub istnienia pełnych wskazań do przeszczepu nerki. Rozpoznanie powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- całkowita utrata wzroku: całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie,
- stwardnienie rozsiane z trwałym ubytkiem neurologicznym pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - potwierdzenie rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - obecność prązków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - obecność charakterystycznego obrazu w NMR tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej 4 ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
- zabiegi kardiochirurgiczne przeprowadzone w celu leczenia przewlekłej choroby niedokrwiennej serca przy pomocy wykonania pomostów omijających dwóch lub więcej tętnic wieńcowych. Ubezpieczenie obejmuje tylko operacje wymagające otwarcia klatki piersiowej i zastosowania techniki krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną,
- zabiegi kardiochirurgiczne na otwartym sercu z powodu przewlekłej nabytej choroby zastawki lub zastawek serca. Ubezpieczenie obejmuje

tylko zabiegi wszczepiania sztucznych zastawek serca wykonywane metodą operacji na otwartym sercu z zastosowaniem krążenia pozaustrojowego. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

- i) przeszczep, Ubezpieczonemu jako biorcy, jednego z następujących narządów pochodzenia ludzkiego: serca (jedynie pełna transplantacja), wątroby, trzustki (z wyłączeniem transplantacji jedynie komórek wysp Langerhansa), płuca oraz szpiku kostnego. Wyłącza się przeszczep narządów sztucznych, a także uzyskanych metodą klonowania komórek lub narządów ludzkich. Dokonanie zabiegu powinno być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.

Artykuł 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Od odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy najwcześniej w okresie odpowiedzialności. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich przebywania. Skorzystanie z prawa do podniesienia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w art. 10 ust. 2 nie skutkuje nabyciem uprawnień do większej liczby świadczeń.

3.

Od odpowiedzialność Towarzystwa, jak również obowiązek opłacenia składek przez Ubezpieczającego z tytułu niniejszej umowy dodatkowej wygasa w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat, nawet jeśli koniec okresu odpowiedzialności wyszczególniony na polisie stanowi inaczej.

4.

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

5.

Ubezpieczający, we wniosku o którym mowa w art. 4 ust. 3, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązujące w Towarzystwie – maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo przy wystawieniu polisy, zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

6.

Z zastrzeżeniem postanowień zawartych w art. 5 ust. 4 oraz art. 10 ust. 2, wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna.

Artykuł 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 1 roku. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień art. 5 ust. 4, umowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznowieniowym. Przy automatycznym przedłużeniu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji. Wraz z automatycznym przedłużeniem umowy, Towarzystwo zapewnia ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający płaci składkę.

2.

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

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 54 lat.

4.

Zawarcie umowy dodatkowej może nastąpić tylko wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

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

6.

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

Artykuł 5

Składka ubezpieczeniowa

1.

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

2.

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

3.

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

4.

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

5.

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

Artykuł 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa dodatkowa wygasa w każdym z niżej wymienionych przypadków:

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

Artykuł 7

Wznowienie umowy dodatkowej

1.

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

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

2.

Po wznowieniu umowy dodatkowej na powyższych warunkach, ochroną ubezpieczeniową objęte są tylko te zdarzenia ubezpieczeniowe, które

wystąpiły po raz pierwszy po upływie okresu karencji wynoszącym 270 dni od daty wznowienia umowy dodatkowej.

Artykuł 8 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Do niniejszych warunków ogólnych ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania mają zastosowanie postanowienia art. 15 ust. 1 oraz ust. 2 ogólnych warunków ubezpieczenia. Nie mają natomiast zastosowania pozostałe ustępy art. 15.

2.

Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniami lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia,
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości,
- c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu Ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks Karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
- d) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
- e) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
- f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
- g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
- h) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę,
- i) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
- j) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy,
- k) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS).

3.

Towarzystwo wolne jest także od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w art. 2 ust. 3 pkt a,b,c,d,e,f oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych w art. 2 ust. 3 pkt g,h,i wystąpiły przed zawarciem umowy dodatkowej lub w okresie karencji, jak również w sytuacji gdy Ubezpieczony umyślnie lub wskutek rażącego niedbalstwa nie zastosował się do zaleceń wymienionych w art. 9 ust. 2, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

Artykuł 9 Wypłata świadczenia

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

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

3.

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

4.

W przypadku zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego

obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

5.

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

6.

- 1) Towarzystwo spełni świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia, nie wcześniej jednak niż w 31 dniu od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
- 2) Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt. 1 nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

7.

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

Artykuł 10 Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Poniższe ustępy zastępują art. 18 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia w odniesieniu do niniejszej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania, za wyjątkiem postanowienia o czasie trwania umowy.

2.

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

3.

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

4.

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

5.

Jeżeli do umowy ubezpieczenia dołączona jest umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa, Ubezpieczający, jednocześnie z wnioskiem wspomnianym w ustępie poprzedzającym, może wnioskować o objęcie tą umową dodatkową składki wynikającej z podwyższenia sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej. Wyrazem zgody Towarzystwa na objęcie umową dodatkową zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa dodatkowej składki z tytułu

niniejszej umowy, będzie przedstawienie Ubezpieczającemu nowej składki z tytułu zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa wraz ze składką dodatkową z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania. Za potwierdzenie akceptacji składki zostanie uznane opłacenie jej w nowej wysokości w pierwszym terminie płatności składki regularnej za okres przypadający po rocznicy polisy, od której podwyższenie wchodzi w życie.

6.

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

7.

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

Artykuł 11

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

Umowa dodatkowa nie podlega wykupowi przez Towarzystwo.

3.

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

4.

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

5.

Niniejsze warunki zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 10/2000 z dnia 30 marca 2000 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 17 kwietnia 2000 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Andrzej Burża
Wiceprezes Zarządu



www.allianz.pl

☎ 224 224 224

TU Allianz Życie Polska S.A.
ul. Rodziny Hiszpańskich 1
02-685 Warszawa

Kontakt do Twojego agenta

