

„Specjalnie dla Ciebie”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, zwanych dalej umowami ubezpieczenia, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

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

§ 2

Definicje

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

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

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

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

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia.

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

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

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

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

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

Suma ubezpieczenia – określona w polisie minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

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

Suma na ryzyku – różnica pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, nie mniejsza niż zero.

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

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona w polisie.

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego po wystawieniu polisy, w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

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

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

Opłata polisowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

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

Opłata wznowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy ubezpieczenia.

Opłata pierwszoroczna – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia lub procent składki jednorazowej, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.

Opłata odnowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia, począwszy od drugiego roku.

Oplata za ochronę ubezpieczeniową – oplata za bieżącą ochronę ubezpieczeniową, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

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

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy.

Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) – wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.

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

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa.

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo zgodnie z niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

Wariant I – wariant umowy ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

Wariant II – wariant umowy ubezpieczenia, w którym suma ubezpieczenia jest stała i wynosi 1000 zł. Integralną częścią wariantu II jest umowa dodatkowa na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, z sumą ubezpieczenia równą 20 000 zł, której zawarcie zostało potwierdzone w polisie. Umowa dodatkowa nie stanowi integralnej części wariantu II, jeżeli na podstawie posiadanej przez Towarzystwo dokumentacji umowa ta nie mogła być wcześniej zawarta.

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

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala 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.

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

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

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

2.

1) Odpowiedzialność Towarzystwa 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 oraz ust. 3.

2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:

- samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
- działań wojennych, stanu wojennego;
- czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.

W powyższych sytuacjach zostanie wypłacona wartość wykupu.

3.

1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż 100 000 zł, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku, oraz że Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.

2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, będącego wynikiem:

- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
- zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- popelnienia przestępstwa lub usiłowania popelnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szymbownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- 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.
- c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy;
- d) opłacenie należnej składki.

4.

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

5.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantie II postanowień ust. 3 nie stosuje się.

§ 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 13 lat i nie ma ukończonych 71 lat, z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.

- 1) W razie zawierania umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 61 lat, umowa ubezpieczenia może być zawarta pod warunkiem, że składka będzie opłacona jednorazowo.
- 2) W razie zawierania umowy na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej nie ma ukończonych 18 lat, Ubezpieczony może być jednocześnie Ubezpieczającym, pod warunkiem że przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego wyrazi na to pisemną zgodę o treści zaproponowanej przez Towarzystwo.

4.

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

5.

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

- a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza;
- b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym, jeżeli są one wymagane przez Towarzystwo, z wyłączeniem badań genetycznych;

6.

- 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.

7.

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

8.

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

9.

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

10.

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

11.

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

12.

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

13.

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

14.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

15.
Towarzystwo jest zobowiązane podjąć decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

16.
Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

17.
Jeżeli Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 12 stosuje się odpowiednio.

18.
Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić na piśmie uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu – uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

19.
Jeżeli w okresie od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia wystawienia polisy Towarzystwo zaproponuje Ubezpieczonemu nowe, zmienione warunki ubezpieczenia, a Ubezpieczony ich nie zaakceptuje, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu całą wpłaconą składkę, bez potrącenia opłaty administracyjnej.

20.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia, a także w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie akceptacji ryzyka.

21.
Z dniem, o którym mowa w ust. 20, wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

22.
W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II postanowień ust. 5, 6, 7, 12, 15 oraz 16 nie stosuje się.

23.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Suma ubezpieczenia

1.
Suma ubezpieczenia w wariantcie I jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i nie może być niższa od minimalnej sumy określonej przez Towarzystwo. W wypadku wariantu II suma ubezpieczenia jest ustalana na cały okres trwania umowy ubezpieczenia i wynosi 1000 zł.

2.
Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia za zgodą Towarzystwa raz w ciągu roku polisowego, składając

wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałyby obowiązywać. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość sumy ubezpieczenia nie może być niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia ustalonej przez Towarzystwo.

3.
Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa podwyższyć sumę ubezpieczenia bez dodatkowych badań medycznych, jednak nie więcej niż o 30% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym, w razie:

- urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
- adopcji dziecka przez Ubezpieczonego,
- zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
- kupna przez Ubezpieczonego mieszkania lub domu,
- zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,
- zaciągnięcia kredytu przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka.

Podwyższenie sumy ubezpieczenia o więcej niż 30% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym wymaga poddania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom medycznym.

4.
Postanowień ust. 2 i ust. 3 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy oraz w razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II.

§ 6 Składki

1.
1) Składka jest opłacana regularnie lub jednorazowo.
2) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
3) Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
4) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności, realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może po wystawieniu polisy, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki doraźnej ustalonej przez Towarzystwo.
7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
8) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki regularnej ustalonej przez Towarzystwo. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
9) Postanowień pkt. 8 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

- 2.
- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu i umowa nie została wznowiona na zasadach określonych w § 14 ust. 5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, jednostki uczestnictwa są umarzane według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
 - 3) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu prolongaty, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
 - 4) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
 - 5) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający wypowiedział umowę ubezpieczenia i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania wypowiedzenia umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja wypowiedzenia następuje niezwłocznie po wpłynięciu wypowiedzenia umowy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
 - 6) Jeżeli 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.
 - 7) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynęła składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.
 - 8) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 9 ust. 4,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy,
 - e) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4.
 - 9) Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

3.

Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym. Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich

wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przyjęło na siebie ten obowiązek.

§ 7 Indeksacja składek i sumy ubezpieczenia

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego oraz suma ubezpieczenia mogą podlegać indeksacji w rocznicę polisy, przy czym postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

2.

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

3.

Wskaźniki indeksacyjne są ustalane na mocy decyzji dwóch członków Zarządu Towarzystwa.

4.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji lub indeksowaniu wyłącznie składki powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki, przy czym postanowienia ust. 5 stosuje się odpowiednio.

5.

Jeżeli Towarzystwo zaproponowało kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji indeksacji składka zostanie zindeksowana zgodnie z najniższym zaproponowanym wskaźnikiem.

6.

Odmowa indeksacji składki przez trzy kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji sumy ubezpieczenia w razie indeksacji składki powoduje utratę prawa do indeksacji sumy ubezpieczenia w kolejnych latach okresu ubezpieczenia. Odmowa indeksacji składki jest równoznaczna z odmową indeksacji sumy ubezpieczenia.

7.

Postanowienia ust. 2, 3 oraz 5 stosują się odpowiednio do indeksacji sumy ubezpieczenia.

8.

W razie zawarcia umowy ubezpieczenia w wariantcie II nie istnieje możliwość indeksacji sumy ubezpieczenia.

§ 8 Czasowe zawieszenie opłacania składek

- 1) Ubezpieczający ma prawo, za zgodą Towarzystwa, do czasowego zawieszenia opłacania składek regularnych, jeśli opłacone zostały pełne dwie roczne składki regularne i w ciągu ostatnich dwóch lat nie został dokonany częściowy wykup polisy.
- 2) Czasowe zawieszenie opłacania składek może zostać dokonane na pisemny wniosek Ubezpieczającego złożony Towarzystwu przed upływem okresu prolongaty.
- 3) Płatność składek może być zawieszona na okres wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawieszenie, nie dłuższy jednak niż 12 miesięcy.
- 4) Zawieszenie opłacania składek regularnych może być dokonane nie częściej niż raz na 4 lata.
- 5) W okresie zawieszenia opłacania składek warunki ochrony ubezpieczeniowej nie ulegają zmianie, a Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4.

- 6) Towarzystwo może wyrazić zgodę na dłuższy okres zawieszenia i częściej niż raz na 4 lata, pod warunkiem że wartość jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia.

§ 9

Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający 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 są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
- 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 sprzedaży jednostki uczestnictwa ustala się według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) Cenę kupna jednostki uczestnictwa ustala się w wysokości ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa podwyższonej o nie więcej niż 5% w stosunku do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczane na nabywanie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne, składka jednorazowa oraz składki doraźne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki lub gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególne fundusze, jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenosić środki pomiędzy funduszami, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio. W obu sytuacjach pierwsza taka operacja zmiany w danym roku polisowym jest wolna od opłaty. Za każdą następną jest pobierana opłata wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 5) Zmiany wymienione w pkt. 4 obowiązują po rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu odpowiedniego wniosku do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

- 6) Jednostki podlegają umorzeniu i nabyciu według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 7) Składki doraźne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej lub jednorazowej, jeśli Ubezpieczający nie złoży wniosku określającego inny sposób podziału składki doraźnej, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio.
- 8) Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności, a w wypadku składek doraźnych również pod warunkiem wpłynięcia wniosku, o którym mowa w pkt. 7.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa, według następującego schematu:
 - a) Towarzystwo oblicza wysokość opłaty polisowej, opłaty pierwszorocznej lub odnowieniowej oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowych;
 - b) część opłat, o których mowa w pkt. 1 litera a), obciążająca rachunek jednostek w danym funduszu jest ustalana proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w danym dniu;
 - c) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt. 1 litera b), według ceny sprzedaży jednostki w danym dniu.
- 2) 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.
- 3) Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową może być podwyższona przez Towarzystwo w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki:
 - a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
 - c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
 - d) tryb życia Ubezpieczonego.
- 4) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 5) Koszt zarządzania funduszem wskazano w regulaminie funduszy kapitałowych, który stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 10

Wykup polisy

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy.
- 2) Wykup polisy lub częściowy wykup polisy może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek.

- 3) Wartość wykupu polisy odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek, pomniejszonej o koszt wykupu.
- 4) Wartość jednostek, o których mowa w pkt. 2 i 3, ustala się według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wniosku o wykup lub częściowy wykup w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja następuje niezwłocznie po wypłynięciu wniosku o wykup lub częściowy wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 5) Przed upływem 2 lat trwania umowy i opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy, jeżeli umowa nie jest opłacona składką jednorazową.
- 6) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.

2.

- 1) Podstawą, od której Towarzystwo oblicza koszt wykupu, jest wartość rachunków jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 3, powiększona o sumę dokonanych częściowych wykupów i pomniejszona o sumę wpłaconych składek doraźnych.
- 2) Koszt wykupu dla danego roku polisowego wynosi:

W roku polisowym:	Koszt wykupu (w % podstawy)	
	Składka regularna	Składka jednorazowa
1.	100	5
2.	100	3
3.	10	3
4.	5	2
5.	2	1
Od 6. roku	0	0

- 3) Wykup jest realizowany z uwzględnieniem roku polisowego ustalanego na podstawie wcześniejszej z dat:
 - a) daty wypłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup polisy,
 - b) daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki, z wyłączeniem polisy przekształconej w ubezpieczenie bezskładkowe lub opłaconej składką jednorazową.

3.

- 1) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż:
 - a) dla umów ze składką jednorazową – od dnia wystawienia polisy,
 - b) dla umów ze składką regularną – po upływie dwóch lat trwania umowy, jeśli zostały opłacone dwie pełne roczne składki,
 - c) dla umów ze składką regularną, jeśli były wpłacane składki doraźne – od dnia wpłaty pierwszej składki doraźnej, pod warunkiem wystawienia polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 2.
- 2) Jeżeli umowa trwa krócej niż dwa lata, a były wpłacane składki doraźne, Ubezpieczający może w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy dokonać częściowego wykupu, przy czym suma częściowych wykupów nie może przekroczyć sumy wpłaconych składek doraźnych.
- 3) Niezależnie od innych postanowień, kwota częściowego wykupu nie może być niższa niż 1000 zł oraz nie może przekroczyć wartości wykupu.
- 4) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu polisy. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć większej z wartości:
 - a) różnicy między wartością jednostek, o których mowa

w ust. 1 pkt 2, a sumą ubezpieczenia;

- b) 30% wartości jednostek uczestnictwa, o których mowa w ust. 1 pkt 2.
- 5) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek jest równa bądź mniejsza od sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu, nie częściej jednak niż raz na cztery lata, pod warunkiem że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 2.
- 6) W razie dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku jednostek funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup polisy.
- 7) 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 realizacji, Towarzystwo dokona wycofania środków z funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania wysokości, według własnego uznania.
- 8) W wypadku częściowego wykupu Towarzystwo może pomniejszyć sumę ubezpieczenia o wartość nie większą niż wartość częściowego wykupu. W razie zawarcia umowy ze składką jednorazową Towarzystwo zastrzega sobie możliwość obniżenia sumy ubezpieczenia w proporcji równej stosunkowi wysokości dokonanego częściowego wykupu do wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunkach jednostek przed dokonaniem wykupu.
- 9) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
- 10) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) oryginał polisy wraz z załącznikami – w razie wypłaty wartości wykupu;
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem;
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
- 11) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczający, 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 wypłynięcia 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 Ubezpieczającego i 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 większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich funduszy w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych po cenie sprzedaży z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Rejestracja, o której mowa w pkt 1 litera b), następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) W razie zgłoszenia roszczenia po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek jest liczona zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2.

3.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
 - e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 5) W razie odmowy wypłaty świadczenia 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 polisie.

- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, ich prawo do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.

- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak 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 jego 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, poczynwszy od dnia wpłynięcia 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) Jeżeli 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 przez Ubezpieczającego, Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy wymienionych wyżej składek wraz z odsetkami.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 12 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które był zapytywany we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

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

3.

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

§ 13

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.

W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów, jeśli zostały dokonane, oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie.
- 2) Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- b) z dniem doręczenia wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup polisy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa;
- c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat, o których mowa w § 9 ust. 4, jeżeli nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy lub po przekształceniu umowy w umowę bezskładkową;
- d) z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

§ 14

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

Jeżeli w ciągu dwóch pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione poniższe warunki:

- a) polisa nie została wcześniej wykupiona,
- b) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłacił kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę wznowieniową.

3.

- 1) Środki pochodzące z umorzenia jednostek uczestnictwa są nabywane według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wznowienia umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa. Zaległe składki są nabywane według cen kupna jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wznowienia umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Po wznowieniu umowy Towarzystwo naliczy wszystkie opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4, należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana. Wznowienie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, odbywa się niezwłocznie po spełnieniu warunków wymienionych w ust. 2.

4.

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

5.

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

§ 15

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie 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, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

3.

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

4.

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 polisy ubezpieczeniowej, administracyjnymi czynnościami związanymi z dokonywaniem cesji praw itp.

5.

Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości opłat zawartych 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.

§ 16

Prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego

1.

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

2.

Ubezpieczający, Ubezpieczony mają prawo dokonać cesji przysługujących im praw wynikających z umowy ubezpieczenia.

3.

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

4.

Ubezpieczający po upływie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia ma prawo zawrzeć z Towarzystwem na odrębnie ustalonych warunkach umowę pożyczki pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia. Wysokość pożyczki nie może przekraczać kwoty w wysokości 50% wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zawarcia umowy pożyczki, według ich wartości po cenie sprzedaży obowiązującej w tym dniu.

§ 17 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 w razie zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, jeżeli są one gwarantowane, 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 i Ubezpieczonemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

4.

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

5.

Towarzystwo raz w roku informuje o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, a w szczególności o wartości wykupu polisy.

6.

Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo odpłatnie udostępni informacje, o których mowa w pkt. 5, oraz informacje o stanie rachunku jednostek. Wysokość opłaty jest wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 18 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej 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, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 11/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

„Specjalnie dla osób wychowujących dzieci”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.
Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.
Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

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 18 lat i nie ma ukończonych 61 lat.

3.
Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.

4.
Towarzystwo może zaakceptować ryzyko, jeśli są spełnione wszystkie niżej wymienione warunki:
a) złożenie oświadczenia Ubezpieczonego o stanie zdrowia poprzez wypełnienie odpowiedniej części wymienionego wyżej formularza;
b) poddanie się przez Ubezpieczonego wstępnym badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym, jeżeli są one wymagane przez Towarzystwo, z wyłączeniem badań genetycznych;
c) doręczenie na żądanie Towarzystwa wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia Ubezpieczonego w okresie poprzedzającym zawarcie umowy;
d) opłacenie należnej składki.

5.
Po spełnieniu przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego powyższych warunków, a w szczególności gdy na podstawie uzyskanych informacji ryzyko Ubezpieczonego odbiega od standardowego, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do:
a) skierowania Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie;
b) zaproponowania nowych, zmienionych warunków ubezpieczenia;
c) niezaakceptowania ryzyka.

6.
Badania lekarskie są przeprowadzane przez lekarzy wyznaczonych przez Towarzystwo i na jego koszt.

7.
Towarzystwo może uzyskać od podmiotów, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (DzU Nr 91, poz. 408, z późn. zm.), które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu lub osobie na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, informacje o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniem prawa tej osoby do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także informacje o przyczynie śmierci Ubezpieczonego, z wyłączeniem wyników badań genetycznych.

8.
Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 7, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

9.
Podmioty, o których mowa w ust. 7, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwu, które o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.

10.
Towarzystwo może, za pisemną zgodą osoby, której dane dotyczą albo jej przedstawiciela ustawowego, na pisemne żądanie innego zakładu ubezpieczeń, udostępnić temu zakładowi ubezpieczeń przetwarzane przez siebie dane osobowe, w zakresie potrzebnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego i weryfikacji danych podanych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego lub osobę na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia, ustalenia prawa Ubezpieczonego do świadczenia z zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia, a także do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

11.
W razie niezaakceptowania przez Towarzystwo ryzyka, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić wpłaconą składkę Ubezpieczającemu w terminie do 30 dni od dnia podjęcia decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

12.
Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

13.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

14.
Towarzystwo jest zobowiązane podjąć decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

15.
Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

16.

Jeżeli Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 11 stosuje się odpowiednio.

17.

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

18.

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

19.

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

20.

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

21.

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

§ 3 Suma ubezpieczenia

1.

Suma ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i nie może być niższa niż 20 000 zł.

2.

Ubezpieczający ma prawo zmieniać wysokość sumy ubezpieczenia za zgodą Towarzystwa raz w ciągu roku polisowego, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałyby obowiązywać. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia może spowodować odpowiednią zmianę wysokości składki. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość sumy ubezpieczenia nie może być niższa od minimalnej sumy ubezpieczenia ustalonej przez Towarzystwo.

3.

Ubezpieczający ma prawo za zgodą Towarzystwa podwyższyć sumę ubezpieczenia bez dodatkowych badań medycznych, jednak nie więcej niż o 50% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym, w razie:

- urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
- adopcji dziecka przez Ubezpieczonego,
- zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
- kupna przez Ubezpieczonego mieszkania lub domu,
- zgonu współmałżonka Ubezpieczonego,

f) zaciągnięcia kredytu przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka.

Podwyższenie sumy ubezpieczenia o więcej niż 50% wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w danym roku polisowym wymaga poddania się przez Ubezpieczonego dodatkowym badaniom medycznym.

4.

Postanowień ust. 2 i ust. 3 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

§ 4 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (definicje, przedmiot i zakres ubezpieczenia, składki, indeksacja składek i sumy ubezpieczenia, czasowe zawieszenie opłacania składek, fundusze i rachunki jednostek, wykup polisy, wypłata świadczeń, ograniczenia odpowiedzialności, rozwiązanie umowy, wznowienie umowy ubezpieczenia, zmiany w umowie ubezpieczenia, prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz obowiązki Towarzystwa) mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

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

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 12/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

„Specjalnie dla kredytobiorców”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla kredytobiorców” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanym dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla kredytobiorców” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

1.

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

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

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

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

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia.

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

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

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

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

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

Suma ubezpieczenia – określona w polisie, minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Suma na ryzyku – różnica pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, nie mniejsza niż zero.

Kredyt – stosuje się odpowiednio do pożyczki.

Harmonogram – plan obniżek sumy ubezpieczenia.

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

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną, uiszczana przez Ubezpieczającego po wystawieniu polisy, w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

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

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

Opłata polisowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

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

Opłata wznowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy ubezpieczenia.

Opłata pierwszoroczna – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.

Opłata odnowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia, począwszy od drugiego roku.

Opłata za ochronę ubezpieczeniową – opłata za bieżącą ochronę ubezpieczeniową, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

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

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polis.

Inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane:

- a) nieszczęśliwym wypadkiem, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej;
- b) jedną z chorób zdefiniowanych w ust. 2 niniejszych ogólnych warunków, potwierdzoną rozpoznaniem lekarskim, polegające na wystąpieniu objawów choroby wymienionej i zdefiniowanej w ust. 2, pod warunkiem że objawy choroby pojawiają się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby (pod warunkiem jej zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych warunkach), potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.

Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) – wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.

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

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa.

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo zgodnie z niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

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

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala 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.

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

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

2.

Do chorób, których wynikiem jest inwalidztwo w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia należą:

- a) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;
- b) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia są wyłączone wypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
- c) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
- d) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.

Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie 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 lub inwalidztwa Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 2 oraz ust. 3.
- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczonego będących 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 w razie zgonu Ubezpieczonego zostanie wypłacona wartość wykupu.

3.

- 1) W okresie od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej do dnia, w którym wystawiono polisę lub podjęto decyzję o odmowie akceptacji ryzyka ubezpieczeniowego, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona wyłącznie do wypłaty określonej we wniosku sumy ubezpieczenia

na wypadek śmierci Ubezpieczonego, jednak nie wyższej niż 100 000 zł, pod warunkiem że śmierć nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od dnia wymienionego wypadku, oraz że Ubezpieczony w dniu zajścia nieszczęśliwego wypadku nie miał ukończonych 60 lat.

- 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:
- pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - zaburzeń umysłu lub świadomości, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
 - udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
 - wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - popęnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
 - wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych, z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - 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 było 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, samookałeczenia 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.

§ 4

Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.

Umowa jest zawierana na czas nieokreślony, nie krótszy niż 7 lat.

2.

Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 57 lat, pod warunkiem że w dniu rozwiązania zawartej przez Ubezpieczonego umowy kredytowej będzie on miał ukończone nie więcej niż 65 lat.

3.

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

4.

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

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

5.

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

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

6.

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

7.

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

8.

Z żądaniem przekazania informacji, o których mowa w ust. 7, występuje lekarz upoważniony przez Towarzystwo.

9.

Podmioty, o których mowa w ust. 7, są obowiązane przekazać posiadane informacje o stanie zdrowia Ubezpieczonego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta umowa ubezpieczenia Towarzystwu, które o te informacje występuje, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od daty otrzymania wystąpienia Towarzystwa o przekazanie informacji.

10.

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

do udzielenia posiadanych przez siebie informacji o przyczynie śmierci Ubezpieczonego lub informacji niezbędnych do ustalenia prawa uprawnionego do odszkodowania z tytułu umowy ubezpieczenia i jego wysokości.

11.

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

12.

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

13.

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

14.

Towarzystwo jest zobowiązane podjąć decyzję w sprawie akceptacji ryzyka nie później niż w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

15.

Towarzystwo poinformuje o zaakceptowaniu ryzyka doręczając Ubezpieczającemu polisę.

16.

Jeżeli Towarzystwo nie wystawi Ubezpieczającemu polisy w ciągu 3 miesięcy od dnia otrzymania od Ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o ubezpieczenie, umowa ubezpieczenia wygasa z upływem wyżej wymienionego trzymiesięcznego terminu. Postanowienia ust. 11 stosuje się odpowiednio.

17.

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

18.

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

19.

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

20.

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

21.

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

§ 5

Suma ubezpieczenia

1.

Początkowa wysokość sumy ubezpieczenia jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, a jej wysokość obniża się zgodnie z harmonogramem opracowanym przez Towarzystwo na podstawie danych przedstawionych przez Ubezpieczonego.

2.

Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, ma prawo zmienić wysokość sumy ubezpieczenia, nie częściej niż raz w ciągu roku polisowego, w sytuacjach określonych w załączniku do polisy, który stanowi integralną część umowy ubezpieczenia, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmieniona wysokość sumy miałaby obowiązywać.

§ 6

Składki

1.

- 1) Składka jest opłacana regularnie.
- 2) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 3) Składka jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 5) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może po wystawieniu polisy, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki doraźnej ustalonej przez Towarzystwo.
- 6) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 7) Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, ma prawo zmienić wysokość składki regularnej. Wniosek powinien być złożony co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego miałaby obowiązywać nowa wysokość składki.
- 8) Zmiana wysokości składki jest możliwa nie częściej niż raz w ciągu roku polisowego.

2.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki, przysługuje prawo 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
- 2) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu i umowa nie została wznowiona na zasadach określonych w § 14 ust. 5 ogólnych warunków ubezpieczenia, jednostki uczestnictwa są umarzane według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 3) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu prolongaty, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4,

- względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
- 4) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
 - 5) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający wypowiedział umowę ubezpieczenia i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania wypowiedzenia umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja wypowiedzenia następuje niezwłocznie po wpłynięciu wypowiedzenia umowy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
 - 6) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w terminie wymagalności, a polisa posiada już wartość wykupu, ma on prawo w okresie prolongaty złożyć Towarzystwu wniosek o wykup polisy, czasowe zawieszenie opłacania składek lub zmianę ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe.
 - 7) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe, a harmonogram przestaje obowiązywać z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.
 - 8) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 8 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy,
 - e) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 8 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

3.

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.

§7 Indeksacja składek i sumy ubezpieczenia

Postanowień § 7 ogólnych warunków ubezpieczenia nie stosuje się.

§ 8 Fundusz i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusz jest tworzony na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) W ramach funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym

są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składki wpłacane przez Ubezpieczającego.

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

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z funduszem ustalana jest przede wszystkim zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa są ustalane na podstawie wartości rynkowej wszystkich lokat związanych z funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa ustala się według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.
- 4) Cenę kupna jednostki uczestnictwa ustala się w wysokości ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa podwyższonej o nie więcej niż 5% w stosunku do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki opłacane regularnie oraz składki doraźne są lokowane w funduszu.
- 2) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczane na nabywanie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych poniżej.
- 3) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 4) Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny kupna obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności, a w wypadku składek doraźnych również pod warunkiem wpłynięcia wniosku.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa według następującego schematu:
 - a) Towarzystwo oblicza wysokość opłaty polisowej, opłaty pierwszorocznej lub odnowieniowej oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w danym dniu;
 - c) z rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą opłatom, o których mowa w pkt. 1 litera a), obciążających rachunek jednostek według ceny sprzedaży w danym dniu.
- 2) 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.
- 3) Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową może być podwyższona przez Towarzystwo w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w szczególności z uwagi na następujące czynniki:
 - a) czynniki medyczne związane ze stanem zdrowia Ubezpieczonego,
 - b) uprawiane przez Ubezpieczonego sport lub hobby,
 - c) wykonywany przez Ubezpieczonego zawód,
 - d) tryb życia Ubezpieczonego.
- 4) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów funduszu jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.

- 5) Koszty zarządzania funduszem wskazano w regulaminie funduszy kapitałowych, który stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 6) Jeżeli suma ubezpieczenia ulegnie obniżeniu do kwoty 5000 zł lub niższej, Ubezpieczający ma prawo lokować środki we wszystkich funduszach oferowanych przez Towarzystwo, na warunkach zawartych w § 9 ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 9 Wykup polisy

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy lub do częściowego wykupu polisy.
- 2) Wykup polisy lub częściowy wykup polisy może zostać dokonany na piśmie wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunku jednostek.
- 3) Wartość wykupu polisy odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek pomniejszonej o koszt wykupu.
- 4) Wartość jednostek, o których mowa w pkt. 2 i 3, ustala się według ceny sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wniosku o wykup lub częściowy wykup w systemie obsługi polis Towarzystwa, pod warunkiem wpłynięcia kompletu dokumentów wskazanych w ust. 3 pkt 9. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu wniosku o wykup lub częściowy wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 5) Przed upływem 2 lat trwania umowy i opłaceniem pełnych dwóch rocznych składek regularnych nie istnieje wartość wykupu polisy.
- 6) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu polisy zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.

2.

- 1) Podstawą, od której Towarzystwo oblicza koszt wykupu jest wartość rachunku jednostek, o którym mowa w ust. 1 pkt 3 powiększona o sumę dokonanych częściowych wykupów i pomniejszona o sumę wpłaconych składek doraźnych.
- 2) Koszt wykupu dla danego roku polisowego wynosi:

W roku polisowym:	Koszt wykupu (w % podstawy)
	Składka regularna
1.	100
2.	100
3.	10
4.	5
5.	2
Od 6. roku	0

- 3) Wykup jest realizowany z uwzględnieniem roku polisowego ustalanego na podstawie wcześniejszej z dat:
 - a) daty wpłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup polisy,
 - b) daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki, z wyłączeniem polisy przekształconej w ubezpieczenie bezskładkowe.

3.

- 1) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu nie wcześniej niż:
 - a) dla umów ze składką regularną – po upływie dwóch lat trwania umowy jeśli zostały opłacone dwie pełne roczne składki;
 - b) dla umów ze składką regularną, jeżeli były wpłacone składki doraźne – od dnia wpłaty pierwszej składki doraźnej, pod warunkiem wystawienia polisy, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 2.
- 2) Jeżeli umowa trwa krócej niż dwa lata, a były wpłacone składki doraźne, Ubezpieczający może w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy dokonać częściowego wykupu, przy czym suma częściowych wykupów nie może przekroczyć sumy wpłaconych składek doraźnych.
- 3) Niezależnie od innych postanowień kwota częściowego wykupu nie może być niższa niż 1000 zł oraz nie może przekroczyć wartości wykupu.
- 4) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przekracza wysokość sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu polisy. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć większej z wartości:
 - a) różnicy między wartością jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 2, a sumą ubezpieczenia;
 - b) 30% wartości jednostek uczestnictwa, o których mowa w ust. 1 pkt 2.
- 5) Jeżeli wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku jednostek jest równa bądź mniejsza od sumy ubezpieczenia, Ubezpieczający może dokonać częściowego wykupu, nie częściej jednak niż raz na cztery lata, pod warunkiem że w ciągu ostatnich dwóch lat nie nastąpiło czasowe zawieszenie opłacania składek. Kwota częściowego wykupu nie może przekroczyć 30% wartości jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 2.
- 6) W razie dokonania częściowego wykupu polisy liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swojej wartości kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku jednostek funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup polisy.
- 7) W wypadku częściowego wykupu Towarzystwo może pomniejszyć sumę ubezpieczenia o wartość nie większą niż wartość częściowego wykupu.
- 8) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
- 9) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) oryginał polisy wraz z załącznikami – w razie wypłaty wartości wykupu;
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem;
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
- 10) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 30 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów.

§ 10 Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci lub inwalidztwa Ubezpieczonego Ubezpieczający, 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) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym Ubezpieczającego i osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
 - 4) 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 większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpieczonego,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek funduszu w dniu śmierci Ubezpieczonego liczonych, po cenie sprzedaży z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Rejestracja, o której mowa w ust. 2 pkt 1 litera b) następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez wskazanego pracownika Towarzystwa lub notariusza.
- 4) W razie zgłoszenia roszczenia po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek jest liczona zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2.

3.

- 1) Z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) sumę ubezpieczenia z dnia wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek funduszu w dniu wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, liczonych po cenie sprzedaży z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Rejestracja, o której mowa w pkt. 1 litera b), następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) W razie zgłoszenia roszczenia po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek jest liczona zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2.

4.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

- 3) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia
 - e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 4) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji,
 - c) w razie inwalidztwa spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek – kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku,
 - d) w razie inwalidztwa spowodowanego wystąpieniem jednej z chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 2 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia – dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika data rozpoznania choroby,
 - e) dokumentu stwierdzającego tożsamość Uprawnionego do otrzymania świadczenia,
 - f) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 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 podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 6) W razie odmowy wypłaty świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci wartość wykupu według ceny jednostki z dnia zarejestrowania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w systemie obsługi polis Towarzystwa.

5.

- 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 polisie.
- 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 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.

6.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego 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 wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w polisie.
- 5) Jeżeli 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 przez Ubezpieczającego, Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy wymienionych wyżej składek, wraz z odsetkami.
- 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 11 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.

W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów jeżeli zostały dokonane oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wypłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie.
- 2) Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- b) z dniem uznania inwalidztwa Ubezpieczonego przez wskazaną przez Towarzystwo orzekającą komisję lekarską;
- c) z dniem doręczenia wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup polisy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa;
- d) z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o niezaakceptowaniu ryzyka.

§ 12 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (czasowe zawieszenie opłacania składek, ograniczenia odpowiedzialności, wznowienie umowy ubezpieczenia, zmiany w umowie ubezpieczenia, prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz obowiązki Towarzystwa) mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

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

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 13/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

„Specjalnie dla inwestorów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla inwestorów” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla inwestorów” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

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

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

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

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

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia.

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

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

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

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

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

Suma ubezpieczenia – określona w polisie minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo na wypadek śmierci Ubezpieczonego.

Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku – określona w polisie stała kwota, która będzie wypłacona Uposażonemu, jeżeli śmierć Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej. Suma ta jest ustalana na cały okres trwania umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i wynosi 50 000 zł.

Suma na ryzyku – różnica pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, nie mniejsza niż zero.

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

Składka jednorazowa – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, opłacana jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia, której wysokość została określona w polisie.

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną lub jednorazową, uiszczana przez Ubezpieczającego po wystawieniu polisy w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

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

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

Opłata polisowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek.

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

Opłata wznowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie wznowienia umowy ubezpieczenia.

Opłata pierwszoroczna – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia lub procent składki jednorazowej, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.

Oplata odnowieniowa – opłata w wysokości wskazanej w polisie, wyrażona jako procent składki regularnej należnej za jeden rok ubezpieczenia, potrącana miesięcznie z rachunków jednostek w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia, począwszy od drugiego roku.

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

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

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy.

Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) – wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.

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

Cena kupna jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa.

Cena sprzedaży jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza jednostki uczestnictwa zewidencjonowane na rachunku jednostek przy dokonywaniu wypłaty przez Towarzystwo zgodnie z niniejszymi ogólnymi warunkami ubezpieczenia.

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

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

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

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniwala 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.

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

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

§ 3

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. 1) Odpowiedzialność Towarzystwa 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.

§ 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 18 lat i nie ma ukończonych 71 lat.
3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.
4. Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.
5. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
6. Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić na piśmie uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu – uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.
7. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
8. Z dniem, o którym mowa w ust. 7, wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia.

§ 5

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest ustalana na cały okres trwania umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i wynosi 1000 zł.

§ 6

Indeksacja składek

1.

Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego mogą podlegać indeksacji w rocznicę polisy, przy czym postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

2.

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

3.

Wskaźniki indeksacyjne są ustalane na mocy decyzji dwóch członków Zarządu Towarzystwa.

4.

Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki, przy czym postanowienia pkt. 5 stosuje się odpowiednio.

5.

Jeżeli Towarzystwo zaproponowało kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji indeksacji składka zostanie zindeksowana zgodnie z najniższym zaproponowanym wskaźnikiem.

6.

Odmowa indeksacji składki przez trzy kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia.

§ 7

Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający 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 są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa 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 sprzedaży jednostki uczestnictwa ustala się według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.

- 4) Cenę kupna jednostki uczestnictwa ustala się w wysokości ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa podwyższonej o nie więcej niż 5% w stosunku do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczane na nabywanie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne, składka jednorazowa oraz składki doraźne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki lub gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególne fundusze, jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenieść środki pomiędzy funduszami, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio. Przeniesienie środków pomiędzy funduszami raz w tygodniu oraz zmiana udziału % raz w miesiącu są wolne od opłat. Za każdą częstszą pobierana jest opłata wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 5) Zmiany wymienione w pkt. 4 obowiązują po rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu odpowiedniego wniosku do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 6) Jednostki podlegają umorzeniu i nabyciu według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 7) Składki doraźne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej lub jednorazowej jeśli Ubezpieczający nie złoży wniosku określającego inny sposób podziału składki doraźnej, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio.
- 8) Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny kupna, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności, a w wypadku składek doraźnych również pod warunkiem wpłynięcia wniosku, o którym mowa w pkt. 5.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty, poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa według następującego schematu :
 - a) Towarzystwo oblicza wysokość opłaty polisowej, opłaty pierwszorocznej lub odnowieniowej oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wynikających z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umowy dodatkowej;
 - b) część opłat, o których mowa w pkt. 1 litera a), obciążająca rachunek jednostek w danym funduszu jest ustalana

proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa w danym dniu;

- c) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt. 1 litera b), według ceny sprzedaży jednostki w danym dniu.
- 2) 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.
- 3) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 4) Koszt zarządzania funduszem wskazano w regulaminie funduszy kapitałowych, który stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 8 Rozwiązanie umowy

1.

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

2.

W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów jeśli zostały dokonane oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

Wypowiedzenie umowy przez Ubezpieczającego następuje z zachowaniem 14-dniowego okresu wypowiedzenia licząc od dnia wpłynięcia wypowiedzenia umowy na piśmie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

4.

Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących sytuacjach:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- b) z dniem doręczenia wniosku o wykup polisy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa;
- c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy.

§ 9 Postanowienia końcowe

1.


W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (składki, czasowe zawieszenie opłacania składek, wykup polisy, wypłata świadczeń, ograniczenia odpowiedzialności, wznowienie umowy ubezpieczenia, zmiany w umowie ubezpieczenia, prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz obowiązki Towarzystwa) mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

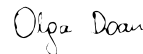
Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego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

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 14/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

„Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów” stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

Składki

1.

- 1) Składka jest opłacana regularnie lub jednorazowo.
- 2) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 3) Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Składka jednorazowa jest płatna przy zawarciu umowy ubezpieczenia.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności, realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 6) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może po wystawieniu polisy w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki doraźnej ustalonej przez Towarzystwo.
- 7) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 8) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać. Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie składki minimalnej ustalonej przez Towarzystwo. Zmiana wysokości składki może spowodować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia.
- 9) Postanowień pkt. 8 nie stosuje się w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy.

2.

- 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 90-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.

- 2) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu i umowa nie została wznowiona na zasadach określonych w § 3 ust. 5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, jednostki uczestnictwa są umarzane według cen sprzedaży jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 3) Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a polisa nie posiada jeszcze wartości wykupu, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu prolongaty, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i Uposażonego, z zastrzeżeniem postanowień pkt. 4, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
- 4) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający zaprzestał opłacania składek regularnych i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania rozwiązania umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 5) Jeżeli w ciągu pierwszych dwóch lat trwania umowy Ubezpieczający wypowiedział umowę ubezpieczenia i polisa nie posiada wartości wykupu, a były wpłacane składki doraźne, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę w wysokości nominalnej sumy wpłaconych składek doraźnych, nie więcej jednak niż wartość jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek w dniu zarejestrowania wypowiedzenia umowy w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja wypowiedzenia następuje niezwłocznie po wypełnieniu wypowiedzenia umowy do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 6) Jeżeli 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.
- 7) Jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup polisy lub czasowe zawieszenie opłacania składek, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.
- 8) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek regularnych,
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia,
 - c) suma ubezpieczenia może ulec redukcji do wysokości wskazanej przez Towarzystwo,
 - d) Ubezpieczający ma prawo do wykupu polisy,
 - e) umowa rozwiązuje się z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 9) Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

3.

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

§ 3

Wznowienie umowy ubezpieczenia

1.

Jeżeli w ciągu dwóch pierwszych lat umowa uległa rozwiązaniu z powodu zaprzestania opłacania składek, może ona zostać wznowiona w okresie do dwóch lat od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.

2.

Wznowienie może nastąpić na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeśli zostały spełnione poniższe warunki:

- a) polisa nie została wcześniej wykupiona,
- b) Ubezpieczony przedstawił wskazane przez Towarzystwo dowody zdolności do ubezpieczenia i dobrego stanu zdrowia,
- c) Ubezpieczający opłaci kwotę równą wysokości wszystkich zaległych składek oraz opłatę wznowieniową.

3.

Po wznowieniu umowy Towarzystwo naliczy wszystkie opłaty, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, należne za miesiące, w których składka regularna nie była wpłacana.

4.

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 wznowieniowej.

5.

Towarzystwo może wznowić umowę ubezpieczenia bez składania przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego pisemnego wniosku oraz konieczności spełnienia przez Ubezpieczonego warunków określonych w ust. 2 litera b) w wypadku wpłynięcia na konto Towarzystwa wszystkich zaległych składek w terminie 120 dni od daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki. Składki, które wpłynęły po okresie prolongaty zostaną zaliczone na poczet składek najdawniej wymagalnych.

§ 4

Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (definicje, przedmiot i zakres ubezpieczenia, zawarcie umowy ubezpieczenia, suma ubezpieczenia, indeksacja składek i sumy ubezpieczenia, czasowe zawieszenie opłacania składek, fundusze i rachunki jednostek, wykup polisy, wypłata świadczeń, ograniczenia odpowiedzialności, rozwiązanie umowy, zmiany w umowie ubezpieczenia, prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz obowiązki Towarzystwa) mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

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

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 15/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

„Specjalnie dla seniorów”

§ 1

Postanowienia ogólne

1.
Postanowienia niniejszych ogólnych warunków mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia „Specjalnie dla seniorów”, stanowiących rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanymi dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia), zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.
Jeżeli niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia „Specjalnie dla seniorów” zawierają postanowienia odmienne od zawartych w ogólnych warunkach ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie”, stosuje się postanowienia niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 2

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 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 2 oraz 3.
 - 2) Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po okresie karencji trwającym jeden rok i polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.
 - 3) Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku i nie później niż w ciągu 90 dni od daty wymienionego wypadku, postanowienia pkt. 1 dotyczące karencji nie mają zastosowania.

- 3.
- 1) Zakres ubezpieczenia określony w ust. 2 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.
 - 2) W powyższych sytuacjach oraz w sytuacji, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okresie karencji, a polisa była opłacona składką jednorazową, zostanie wypłacona wartość wykupu.

§ 3

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 60 lat.

3.
Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.

4.
Umowa jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, pod warunkiem opłacenia pierwszej składki.

5.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.

6.
Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić na piśmie uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od momentu doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu – uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

7.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 4

Suma ubezpieczenia

Suma ubezpieczenia jest ustalana na cały okres trwania umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.

§ 5

Indeksacja składek

1.
Składki regularne płacone przez Ubezpieczającego mogą podlegać indeksacji w rocznicę polisy, przy czym postanowienia ust. 6 stosuje się odpowiednio.

2.
Przed rocznicą polisy Towarzystwo może określić wskaźnik indeksacyjny i na jego podstawie zaproponować Ubezpieczającemu nową wysokość składki.

3.
Wskaźniki indeksacyjne są ustalane na mocy decyzji dwóch członków Zarządu Towarzystwa.

4.
Ubezpieczający ma prawo do przyjęcia lub odmowy indeksacji składki. Oświadczenie o odmowie indeksacji powinno nastąpić w formie pisemnej. Niewpłynięcie oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji Towarzystwa w terminie 7 dni przed upływem rocznicy polisy jest traktowane jako przyjęcie proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki, przy czym postanowienia pkt. 5 stosuje się odpowiednio.

5.

Jeżeli Towarzystwo zaproponowało kilka wskaźników indeksacyjnych, w razie niewpłynięcia oświadczenia Ubezpieczającego co do propozycji indeksacji, składka zostanie zindeksowana zgodnie z najniższym zaproponowanym wskaźnikiem.

6.

Odmowa indeksacji składki przez trzy kolejne rocznice polisy powoduje utratę prawa do indeksacji składki w kolejnych latach okresu ubezpieczenia.

§ 6 Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci Ubezpiezonego, Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane do bezwzględnego 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 zdarzeniu ubezpieczeniowym jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpiezonego 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 Ubezpieczającego i 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 Ubezpiezonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności, Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) sumy ubezpieczenia z dnia śmierci Ubezpiezonego, według poniższej tabeli:

Wiek Ubezpiezonego w dniu śmierci	Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci
60–65 lat	6000 zł
66 lat	5000 zł
67 lat	4000 zł
68 lat	3000 zł
69 lat	2000 zł
70 lat i powyżej	1000 zł

- b) wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich funduszy w dniu śmierci Ubezpiezonego, liczonych po cenie sprzedaży z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 2) Rejestracja, o której mowa w pkt 1 litera b), następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

- 3) W sytuacji zgłoszenia roszczenia po wygaśnięciu umowy ubezpieczenia wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek jest liczona zgodnie z § 6 ust. 2 pkt 2 ogólnych warunków ubezpieczenia.

3.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
 - a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
 - b) odpisu aktu zgonu,
 - c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
 - d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia
 - e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 4) Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 5) W razie odmowy wypłaty świadczenia 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 Ubezpiezonego.
- 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 polisie.
- 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 Ubezpiezonego brak 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 Ubezpiezonego, jeżeli brak współmałżonka;
 - c) w równych częściach rodzicom Ubezpiezonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
 - d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpiezonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
 - e) innym spadkobiercom Ubezpiezonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

- 5.
- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego 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 wpłynięcia 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 z tytułu śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w polisie.
 - 5) Jeżeli 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 przez Ubezpieczającego, Towarzystwo pomniejszy wypłacone świadczenie o należność wynikającą z różnicy wymienionych wyżej składek, wraz z odsetkami.
 - 6) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 7 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.
W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów jeżeli zostały dokonane, oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa. Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.
Ubezpieczającemu przysługuje prawo wypowiedzenia umowy z zachowaniem 14-dniowego terminu wypowiedzenia licząc od dnia wpłynięcia wypowiedzenia umowy na piśmie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

4.
Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup polisy.

5.
Niezależnie od innych postanowień niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących sytuacjach:

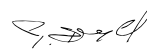
- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego,
- b) z dniem doręczenia Towarzystwu wniosku o wykup polisy,
- c) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek przestała wystarczać na pokrycie opłat za ochronę lub opłat, o których mowa w § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, jeżeli nastąpił on po upływie 10 lat trwania umowy.

§ 8 Postanowienia końcowe

1.
W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia (definicje, składki, czasowe zawieszenie opłacania składek, fundusze i rachunki jednostek, wykup polisy, ograniczenia odpowiedzialności, wznowienie umowy ubezpieczenia, zmiany w umowie ubezpieczenia, prawa Ubezpieczającego i Ubezpieczonego oraz obowiązki Towarzystwa) mają zastosowanie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.
Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 16/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanych dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci”, ubezpieczenia „Specjalnie dla inwestorów”, „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”.

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

§ 2

Definicje

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

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

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

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 i stanu zdrowia 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.

3.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego 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 przez nieszczęśliwy wypadek;
- udarów, napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych, jeżeli nie były one spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek;
- wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
- popęśnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, wraz z późn. zm.);
- wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
- uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
- działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;

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

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.
Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.
2.
Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 59 lat.
3.
Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.
4.
Towarzystwo pobiera miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową w wysokości 1/12 promila sumy na ryzyku, zgodnie z § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia.
5.
Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.
6.
Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa, począwszy od drugiej rocznicy polisy.

§ 5 Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

- Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:
- a) rozwiązanie umowy ubezpieczenia, z dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia,
 - b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

§ 6 Postanowienia końcowe

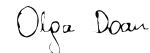
1.
Ubezpieczający, Uposażony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o śmierci Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

2.
W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 17/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania

§ 1

Postanowienia ogólne

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanych dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.
Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie, i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają zasady, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczonego z tytułu zawartej umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

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

§ 2 Definicje

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

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

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

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

- 180 dni od daty wystawienia polisy lub aneksu do polisy potwierdzającego zawarcie umowy dodatkowej na wypadek poważnego zachorowania,
- 270 dni od daty wznowienia umowy.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego niż określony powyżej okresu karencji.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania.

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

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 60 lat, z zastrzeżeniem postanowień § 13 pkt 4 litera c ogólnych warunków ubezpieczenia.

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

Lekarz specjalista – lekarz o odpowiedniej specjalizacji powołany przez Towarzystwo.

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

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

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

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

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

§ 3 Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy objawy choroby pojawią się po raz pierwszy najwcześniej w okresie odpowiedzialności. Z tytułu niniejszej umowy Ubezpieczonemu przysługuje tylko jedno świadczenie, bez względu na liczbę rozpoznanych chorób lub przebytych operacji jak również bez względu na kolejność ich przebywania.

3.

Suma ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej może zostać określona jako 1, 2, 3 lub 4 krotność 20 000 zł, chyba że strony umówią się inaczej, niezależnie od wybranej przez Ubezpieczającego sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci określonej w umowie ubezpieczenia.

4.

Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w § 4 ust. 6 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, dokonuje wyboru wysokości sumy ubezpieczenia w ramach wyżej wskazanych możliwości. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej musi się mieścić w przedziale wyznaczonym przez aktualnie obowiązujące w Towarzystwie maksymalną oraz minimalną sumę ubezpieczenia dla niniejszej umowy dodatkowej. Towarzystwo przy wystawieniu polisy zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

5.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

6.

Do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek poważnego zachorowania nie mają zastosowania postanowienia § 3 ust. 3 oraz § 12 ust. 3 ogólnych warunków ubezpieczenia.

7.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowego będącego wynikiem:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź niezgodnie ze wskazaniem ich użycia;
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości;
- c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 533, wraz z późn. zm.);
- d) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów zamachu stanu, aktów terroru;
- e) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
- f) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
- g) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;

- h) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - i) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy;
 - k) zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS).
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

8.

Towarzystwo jest także wolne od odpowiedzialności, jeżeli objawy chorób określonych w § 2 ust. 2 pkt. a), b), c), d), e), f) oraz chorób będących przyczyną przeprowadzenia zabiegów operacyjnych wskazanych w § 2 ust. 2 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 § 6 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, co miało wpływ na rozwój choroby lub na możliwość ustalenia jej zaawansowania.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa jest zawierana na okres 1 roku. Umowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznowieniowym. Przy automatycznym przedłużeniu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznowieniowego nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat.

3.

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

4.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

5.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza zgodnie z § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia, opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana w formie jednostek uczestnictwa. Opłata ta jest naliczana w oparciu o tablicę prawdopodobieństw zachorowań ustaloną przez Towarzystwo. Opłata za ochronę ubezpieczeniową zależy od płci, wieku oraz innych czynników wpływających na wyżej wymienione prawdopodobieństwa (palenie, alkohol itp.)

6.

Umowa dodatkowa zostaje zawarta na podstawie informacji zawartych w prawidłowo i kompletnie wypełnionym wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, złożonym na formularzu Towarzystwa, podpisanym przez Ubezpieczającego oraz Ubezpieczonego i dostarczonym Towarzystwu lub jego przedstawicielowi (z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 5 i ust. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia). Warunkiem udzielenia ochrony z tytułu niniejszej umowy jest akceptacja ryzyka przez Towarzystwo. Potwierdzeniem zaakceptowania

ryzyka i zawarcia umowy dodatkowej jest oznaczenie jej w polisie dotyczącej umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” lub umowy: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A. na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” oraz ogólnych warunków: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” lub ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”.

7.

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

8.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po okresie karencji liczoną od daty wystawienia polisy.

§ 5

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa wygasa:

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

§ 6

Wypłata świadczenia

1.

- 1) W razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony, Ubezpieczający 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) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia pisemnie lub drogą elektroniczną wskaże dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.

2.

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

3.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza

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

4.

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, jeżeli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

5.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 30 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.

6.

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

§ 7 Postanowienia końcowe

1.

Umowa dodatkowa nie upoważnia do dodatkowego świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

2.

Umowa dodatkowa nie podlega wykupowi przez Towarzystwo.

3.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 18/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa

§ 1 Postanowienia ogólne

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanych dalej ogólnymi warunkami) oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.
Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

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

§ 2 Definicje

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

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

Inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia, potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez TU Allianz Życie Polska S.A., w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.

Suma na ryzyku – wartość oczekiwana przyszłych składek uwzględniająca tablice trwania życia w roku 1995 i 1996 ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego oraz stopę dyskonta wynikającą ze stopy technicznej 3,25 %.

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 zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w wyniku inwalidztwa Ubezpieczonego z obowiązku opłacania składek regularnych.

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

4.
Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje inwalidztwa Ubezpieczonego będącego wynikiem:

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

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, jednak nie może być dłuższy niż do dnia 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.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza zgodnie z § 9 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana miesięcznie w formie jednostek uczestnictwa i wynosi 0,09% sumy na ryzyku.

6.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

7.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa, począwszy od drugiej rocznicy polisy.

8.

Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

§ 5

Składki ubezpieczeniowe

1.

W razie wystąpienia inwalidztwa Ubezpieczonego, Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania składek regularnych do momentu zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej pod rygorem utraty prawa do ochrony ubezpieczeniowej z dniem wymagalności nie opłaconej składki z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych. W razie zaakceptowania roszczenia wpłacone składki od dnia orzeczenia inwalidztwa do dnia zaakceptowania roszczenia podlegają zwrotowi w terminie 30 dni od dnia zaakceptowania roszczenia z tytułu umowy dodatkowej, bez jakichkolwiek odsetek.

2.

W razie zaakceptowania roszczenia Towarzystwo przejmuje opłacanie składek od dnia zaakceptowania roszczenia w wysokości średniej składki regularnej z okresu dwóch lat przed orzeczeniem inwalidztwa.

3.

W okresie zwolnienia z opłacania składek Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składek doraźnych.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

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

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do oceny pozyskanych informacji medycznych oraz przeprowadzania na koszt Towarzystwa badań specjalistycznych Ubezpieczonego przez powołanego przez siebie lekarza. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie zarówno w trakcie rozpatrywania roszczenia, jak i po jego zaakceptowaniu, jeżeli będzie to miało istotny wpływ na prawidłowe rozpatrzenie roszczenia.

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 sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia zastosowanie mają odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

5.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 19/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.

Paweł Dangel
Prezes Zarządu

Olga Doan
Wiceprezes Zarządu

Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu

Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób

§ 1

Postanowienia ogólne

1.
Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Specjalnie dla Ciebie” (zwanych dalej ogólnymi warunkami ubezpieczenia) oraz do umów: ubezpieczenia „Specjalnie dla osób wychowujących dzieci” i ubezpieczenia „Specjalnie dla przedstawicieli wolnych zawodów”.

2.
Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób 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 inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób .

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

§ 2

Definicje

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

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa będącego wynikiem:

- nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej,
- choroby – stwierdzonej rozpoznaniem lekarskim i polegające na wystąpieniu objawów chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 pkt. b), c), d), e), i pod warunkiem że objawy tych chorób pojawią się po raz pierwszy w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, a Ubezpieczony pozostanie przy życiu przez okres minimum 30 dni od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. od daty pierwszej diagnozy choroby (pod warunkiem ich zgodności z definicjami przyjętymi w niniejszych ogólnych warunkach).

Inwalidztwo – trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane przez nieszczęśliwy wypadek lub jedną z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d) oraz e) niniejszych ogólnych warunków i potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo,

w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie kwota pieniężna, która będzie wypłacona, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego nastąpi w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku lub jednej z chorób zdefiniowanych w § 3 ust. 3 litera b), c), d) oraz e) niniejszych ogólnych warunków. Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej odpowiada sumie ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia i nie może przekraczać kwoty maksymalnej obowiązującej w Towarzystwie dla umów dodatkowych. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dostosowania sumy wybranej przez Ubezpieczającego do wskazanego powyżej kryterium.

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 zdrowie Ubezpieczonego.

2.
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na wypłacie sumy ubezpieczenia, na warunkach niżej określonych, w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej zostanie wypłacone tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie odpowiedzialności.

3.
W rozumieniu umowy dodatkowej na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób poniższe terminy będą oznaczać:
a) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego;
b) złośliwa choroba nowotworowa – niekontrolowany wzrost liczby komórek nowotworowych, niszczący zdrowe tkanki. Choroba musi być potwierdzona wynikiem badania histopatologicznego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: nowotwory w najwcześniejszym stadium rozwoju określanym w wyniku badania histopatologicznego jako stadium in situ, nowotwory współistniejące z infekcją HIV, nowotwory skóry (czerniak złośliwy w stadium inwazyjnym, tzn. wyższym niż 1B w klasyfikacji TNM nie podlega wyłączeniu), przewlekła białaczka limfatyczna, choroba Hodgkin'a w pierwszym stadium, chłoniaki w pierwszym stadium;

- c) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego potwierdzona wynikiem badania EKG oraz podwyższeniem poziomu markerów enzymatycznych w surowicy krwi. Z ubezpieczenia wyłączone są wypadki zawału mięśnia sercowego nie skutkujące pilną hospitalizacją, leczone i nie pozostawiające trwałych zmian w zapisie EKG, tzw. nieme zawały;
- d) udar mózgu – uszkodzenie mózgu na skutek jego ogniskowego niedokrwienia, wynaczynienia krwi lub zatoru tętnicy śródczaszkowej materiałem pochodzącym z układu krwionośnego. Ubezpieczenie obejmuje również krwotok podpajęczynówkowy na skutek pęknięcia wrodzonego tętniaka wewnątrzczaszkowego. Wyłączone są następujące stany chorobowe: udar mózgu nie skutkujący pilnym leczeniem szpitalnym, zator tłuszczowy, zator powietrzny, skutki choroby kesonowej, uszkodzenia centralnego układu nerwowego na skutek wypadku, napady przejściowego niedokrwienia centralnego układu nerwowego, udar nie pozostawiający trwałego ubytku w funkcjonowaniu centralnego układu nerwowego. Rozpoznanie powinno być potwierdzone wynikiem badania metodą tomografii komputerowej mózgu lub metodą rezonansu magnetycznego (NMR);
- e) całkowita utrata wzroku – całkowita nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, potwierdzona zaświadczeniem wydanym przez ordynatora oddziału okulistycznego szpitala, w którym było prowadzone leczenie.

4.

Wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej pozostaje niezmienna przez cały okres ubezpieczenia.

5.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowej, jeżeli inwalidztwo Ubezpieczonego było wynikiem:

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

- l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
- m) wszelkich chorób powstałych przed datą zawarcia umowy dodatkowej, o których wiedział Ubezpieczający lub Ubezpieczony, a o których nie poinformował Towarzystwa we wniosku lub innych zapytaniach skierowanych przed zawarciem umowy.

W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia 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.

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 miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana w formie jednostek uczestnictwa i wynosi 0,09% sumy ubezpieczenia.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczony, który z uzasadnionych przyczyn nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa, począwszy od drugiej rocznicy polisy.

7.

Niniejsza umowa dodatkowa może być zawarta, jeżeli nie została zawarta umowa dodatkowa zwolnienia z opłacania składek na wypadek inwalidztwa.

§ 5 Wypłata świadczeń

1.

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

2.

W razie nieszczęśliwego wypadku lub wystąpienia objawów choroby zdefiniowanej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający, Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo

powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty wydania dokumentu stwierdzającego inwalidztwo przez właściwy organ państwowy. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem lub jedną ze zdefiniowanych chorób Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) polisy ubezpieczeniowej;
- b) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;
- c) w razie inwalidztwa spowodowanego przez nieszczęśliwy wypadek – kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
- d) w razie inwalidztwa spowodowanego przez wystąpienie jednej z chorób wymienionych i zdefiniowanych w § 3 ust. 3 – dokumentacji medycznej, z której jednoznacznie wynika data rozpoznania choroby;
- e) dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
- f) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

5.

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

6.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgnięcia 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.

7.

Z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej.

8.

- 1) Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część 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.

9.

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

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zmiany umowy ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe;
- b) dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 60 lat;
- c) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

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

2.

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

3.

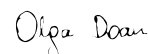
Wszelkie spory wynikłe pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową ubezpieczenia i dołączonymi do niej umowami dodatkowymi będą rozpatrywane przez sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa.

4.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa Nr 20/2004 z dnia 10 maja 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 15 czerwca 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Olga Doan
Wiceprezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia „Specjalnie dla...”

Tabela opłat

1. Opłata za pisemne udostępnienie na prośbę Klienta informacji dotyczących wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, aktualnej wartości wykupu polisy oraz stanu rachunków jednostek:	• 3 zł
2. Opłata wznowieniowa:	• 40 zł
3. Opłata administracyjna	• 70 zł
4. Opłata za przeniesienie środków pomiędzy funduszami	
– pierwsze przeniesienie w roku polisowym	• bezpłatnie
– przeniesienie do 12 razy w roku polisowym (VIP)	• bezpłatnie
– kolejne przeniesienie w roku polisowym	• 20 zł za każdą operację
5. Opłata za zmianę alokacji składki regularnej	
– pierwsza zmiana alokacji składki w roku polisowym	• bezpłatnie
– zmiana alokacji składki do 12 razy w roku polisowym (VIP)	• bezpłatnie
– kolejna zmiana alokacji składki w roku polisowym	• 20 zł za każdą operację