

OGÓLNE WARUNKI
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO
EMERYTURA PREMIUM

OWU/PUL2/1/2011

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO EMERYTURA PREMIUM NR OWU/PUL2/1/2011

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem PUL2 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego nr OWU/PUL2/1/2011 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) „**Ubezpieczający**” – osoba, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) „**Ubezpieczony**” – osoba, której życie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia.
- 4) „**Uposażony**”, „**Uposażony Zastępczy**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa główna**” – umowa Indywidualnego ubezpieczenia emerytalnego, oznaczona kodem PUL2.
- 6) „**Umowa dodatkowa**” – część umowy ubezpieczenia zapewniająca dodatkowe świadczenie.
- 7) „**Umowa ubezpieczenia**” – umowa główna łącznie z umowami dodatkowymi.
- 8) „**Dokument ubezpieczenia**” – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 9) „**Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności**” – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 10) „**Rocznica polisy**” – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 11) „**Rok polisowy**” – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 12) „**Miesiąc polisowy**” – miesiąc zaczynający się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, a następnie w odpowiednim dniu każdego kolejnego miesiąca; jeżeli w danym miesiącu nie ma takiego dnia, miesiąc polisowy zaczyna się w ostatnim dniu tego miesiąca.
- 13) „**Wiek Ubezpieczonego**” – wiek obliczany w każdą rocznicę polisy zgodnie z następującą formułą: liczba pełnych lat życia, jakie Ubezpieczony ukończył w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, powiększona o liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od ww. dnia.
- 14) „**Wiek emerytalny**” – wiek Ubezpieczonego w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu przez niego 60 lat.
- 15) „**Dzień roboczy**” - dzień tygodnia z wyjątkiem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
- 16) „**Dzień rejestracji wpłaty**” – nie później niż czwarty dzień roboczy od dnia wpływu środków na rachunek Ubezpieczyciela.
- 17) „**Składka podstawowa**” – kwota opłacana z tytułu umowy głównej, przeznaczona na pokrycie kosztów ubezpieczenia oraz na zakup jednostek uczestnictwa, podlegająca alokacji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe na zasadach określonych w Warunkach.
- 18) „**Składka całkowita**” – suma składki podstawowej i składek za umowy dodatkowe. Wysokość składki całkowitej oraz terminy płatności tej składki wskazane są w dokumencie ubezpieczenia. Składkę całkowitą wpłaca się na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.

19) „**Składka lokacyjna**” – kwota wpłacana w dowolnych terminach na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela w czasie trwania umowy ubezpieczenia, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa oraz na pokrycie kosztów ubezpieczenia, podlegająca alokacji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe na zasadach określonych w Warunkach.

20) „**Dzień akceptacji wniosku (dyspozycji)**” – nie później niż:
- piąty dzień roboczy od dnia otrzymania wniosku (dyspozycji) przez Ubezpieczyciela (dostarczenia do siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie)

albo

- dziesiąty dzień roboczy od dnia otrzymania wniosku (dyspozycji) przez Przedstawiciela.

Wymienione wyżej terminy mają zastosowanie do akceptacji wniosków (dyspozycji):

a) z którymi związana jest konieczność dokonania wyceny jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, oraz

b) zgodnych z umową ubezpieczenia i jednoznacznie sformułowanych.

Wymienione wyżej terminy nie dotyczą wniosku o wypłatę świadczenia.

21) „**Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy**” – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela (dalej: fundusz).

22) „**Jednostka uczestnictwa**” – część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.

23) „**Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa**” – rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy ubezpieczenia, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki podstawowe (dalej: rachunek główny).

24) „**Rachunek lokacyjny**” – rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy ubezpieczenia, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki lokacyjne.

25) „**Cena jednostki uczestnictwa**” – cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel dopisuje i odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego lub rachunku lokacyjnego.

26) „**Premia**” – równowartość jednostek uczestnictwa dopisanych do rachunku głównego na zasadach określonych w Warunkach.

27) „**Wartość wykupu**” – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w Warunkach.

28) „**Tabela limitów i opłat**” – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający maksymalne stawki opłat, stawki limitów, rabatów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia. Dokument ten stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.

29) „**Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków**” – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający informacje o funduszach. Dokument ten stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.

30) „**Przedstawiciel Ubezpieczeniowo-Finansowy**” – osoba wykonująca czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela (dalej: Przedstawiciel).

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:

- a) dożycie przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego,
- b) śmierć Ubezpieczonego.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej składki całkowitej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia na całym świecie przez 24 godziny na dobę.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest:
 - a) zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie,
 - b) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki całkowitej.
3. Do przyjęcia pierwszej składki całkowitej jest uprawniony także Przedstawiciel.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 51 lat.

Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH I UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

1. Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć Uposażonych, Uposażonych Zastępczych oraz ich procentowy udział w świadczeniach.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania umowy ubezpieczenia wskazać innego Uposażonego lub innego Uposażonego Zastępczego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego lub Uposażonego Zastępczego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokacji każdej składki podstawowej lub lokacyjnej zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
3. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są zobowiązane do zachowania tajemnicy dotyczącej umowy ubezpieczenia, w tym wszelkich danych dotyczących osób wymienionych w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach otrzymanych przez Ubezpieczyciela w związku z tą umową.

Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są do udzielenia zgodnych z prawdą pisemnych informacji we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach dostarczonych Ubezpieczycielowi przed zawarciem umowy ubezpieczenia.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela, dotyczących:
 - a) zmiany Warunków umowy ubezpieczenia lub zmiany prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy,
 - b) zmiany wysokości świadczeń, przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania tej umowy.
6. Informacje, o których mowa w ust. 5 powinny być przekazane Ubezpieczonemu pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 5 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 5 pkt b.
7. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, zgodnie z ust. 5 i 6, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
8. Wprowadzenie na wniosek Ubezpieczającego, który nie jest Ubezpieczonym, zmiany umowy głównej naruszającej prawa Ubezpieczonego wymaga przedstawienia Ubezpieczycielowi pisemnej zgody Ubezpieczonego.

Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA

1. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Składka podstawowa może zostać podwyższona na wniosek Ubezpieczającego, złożony na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki podstawowej, po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.
3. Składka podstawowa może zostać obniżona na wniosek Ubezpieczającego złożony na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej, po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela:
 - a) począwszy od drugiej rocznicy polisy i po opłaceniu składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe,
 - b) nie więcej niż do minimalnej wysokości składki podstawowej wskazanej w Tabeli limitów i opłat właściwej dla wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności,
 - c) tylko raz w trakcie roku polisowego.
4. Nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od terminu płatności składki całkowitej, o którym mowa w ust. 2 i 3. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę wysokości składki podstawowej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia wejścia w życie tej zmiany.
5. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o obniżenie lub podwyższenie składki podstawowej jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.

Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita jest opłacana w terminach wymagalności wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności) począwszy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia:
 - a) śmierci Ubezpieczonego,
 - b) złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia wieku emerytalnego,

- c) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Za dzień opłacenia składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następny po dniu, w którym bank, urząd pocztowy lub Przedstawiciel, w przypadku wskazanym w art. 4 ust. 3, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
 3. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
 4. W przypadku gdy składka całkowita jest opłacona na bieżąco i przed kolejnym terminem płatności składki całkowitej została zarejestrowana wpłata kwoty równej lub większej od tej składki całkowitej Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną kwotę na poczet składki całkowitej w najbliższym terminie płatności.
 5. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.
 6. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) półrocznie,
 - d) rocznie.
 7. Ubezpieczający może w czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić częstotliwość opłacania składki całkowitej.
 8. Termin dokonania zmiany częstotliwości opłacania składki całkowitej zależy od obowiązującej oraz nowo wybranej częstotliwości opłacania tej składki.

Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Zawieszenie opłacania składki całkowitej następuje:
 - a) na wniosek Ubezpieczającego, złożony na formularzu Ubezpieczyciela na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej, na nie więcej niż 12 miesięcy i za zgodą Ubezpieczyciela
 - lub
 - b) automatycznie, po 90 dniach, licząc od dnia następującego po ostatnim dniu opłaconego okresu, na okres 12 miesięcy.
2. Zawieszenie jest możliwe począwszy od drugiej rocznicy polisy i po opłaceniu składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe.
3. Okres zawieszenia rozpoczyna się i kończy w terminie płatności składki całkowitej.
4. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zawieszenie, o którym mowa w ust. 1a jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi. Okres zawieszenia rozpoczyna się od terminu płatności składki całkowitej, o którym mowa w ust. 1a i kończy się w terminie płatności składki całkowitej wskazanym przez Ubezpieczającego; jeżeli Ubezpieczający nie wskaże okresu zawieszenia, będzie to jednoznaczne ze złożeniem wniosku o zawieszenie opłacania składek całkowitych na 12 miesięcy.
5. Ubezpieczyciel potwierdza zawieszenie opłacania składki całkowitej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.
6. Kolejne zawieszenie możliwe jest po upływie pięciu lat od początku ostatniego okresu zawieszenia.
7. Ubezpieczający może skrócić okres zawieszenia. Wznowienie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego, począwszy od najbliższego terminu płatności składki całkowitej.
8. Jeżeli przed zakończeniem okresu zawieszenia została zarejestrowana wpłata kwoty równej lub większej od składki całkowitej Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną kwotę na poczet składki całkowitej w najbliższym terminie płatności przypadającym po zakończeniu tego okresu.

Art. 13 SKŁADKA LOKACYJNA

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składki lokacyjnej

w celu dopisania jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego, od dnia doręczenia Ubezpieczającemu polisy.

2. Minimalna wysokość składki lokacyjnej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
3. Wpłacanie składek lokacyjnych nie uchyla obowiązku opłacania składki całkowitej.
4. Ubezpieczyciel w pierwszej kolejności zaliczy otrzymaną składkę lokacyjną lub jej część na poczet składek całkowitych wymagalnych w dniu wpłacenia składki lokacyjnej, począwszy od składki całkowitej najdawniej wymagalnej.
5. Po dniu rejestracji wpłaty składki lokacyjnej i akceptacji wniosku Ubezpieczającego dotyczącego podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze, Ubezpieczyciel dopisze odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 17, liczbę jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego.

Art. 14 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ

1. Indeksacja jest to podwyższenie składki podstawowej w rocznicę polisy, zgodnie z procentowym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny za okres 12 miesięcy (dalej: wskaźnik indeksacji), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli wskaźnik wzrostu cen towarów i usług opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny jest mniejszy niż minimalny wskaźnik indeksacji podany w Tabeli limitów i opłat, to składka podstawowa podlega indeksacji o minimalny wskaźnik indeksacji.
3. Ubezpieczyciel stosuje wskaźnik indeksacji ustalony na zasadach wskazanych w ust. 1 i 2, opublikowany nie później, niż na 6 miesięcy przed rocznicą polisy.
4. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji składki podstawowej najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
5. Indeksacja nie jest dokonywana, gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 dni przed rocznicą polisy.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył Ubezpieczycielowi oświadczenia o rezygnacji z indeksacji w terminie, o którym mowa w ust. 5, oznacza to wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na indeksację.

Art. 15 RODZAJE I CEL FUNDUSZY

1. Ubezpieczający ma do dyspozycji fundusze różniące się rodzajem lokat, a tym samym oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym. Informacje dotyczące funduszy zawarte są w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminie lokowania środków.
2. Długofalowym celem funduszu jest wzrost wartości aktywów poprzez inwestowanie środków w określone dla danego funduszu kategorie lokat.
3. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia jednostek uczestnictwa, powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość funduszu.
4. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel ma prawo likwidować fundusze oraz wprowadzać do oferty nowe fundusze.
5. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o likwidacji funduszu.
6. Ubezpieczający, który posiada na rachunku głównym jednostki uczestnictwa likwidowanego funduszu powinien w terminie 30 dni od dnia poinformowania przez Ubezpieczyciela o likwidacji funduszu, złożyć wniosek o przeniesienie jednostek uczestnictwa z likwidowanego funduszu. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w powyższym terminie wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa, Ubezpieczyciel dokona przeniesienia jednostek uczestnictwa z likwidowanego funduszu do funduszu pozostającego w ofercie Ubezpieczyciela, o zbliżonym, według przekonania Ubezpieczyciela, profilu ryzyka inwestycyjnego.

7. W przypadku wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa między funduszami złożonego na skutek zawiadomienia o likwidacji funduszu, Ubezpieczyciel nie pobiera opłaty za przeniesienie jednostek uczestnictwa.
8. W przypadku likwidacji funduszu, Ubezpieczający powinien w terminie 30 dni od dnia poinformowania przez Ubezpieczyciela o likwidacji funduszu, jednak nie później, niż przed dniem wpłacenia kolejnej składki podstawowej, złożyć wniosek o zmianę procentowego podziału składki podstawowej pomiędzy fundusze, jeżeli ostatni wiążący wniosek zawiera dyspozycję przekazywania części składki podstawowej do likwidowanego funduszu. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w powyższym terminie wniosku o zmianę procentowego podziału składki podstawowej pomiędzy fundusze, Ubezpieczyciel będzie przekazywał odpowiednią część każdej składki podstawowej do funduszu pozostającego w ofercie Ubezpieczyciela, o zbliżonym według przekonania Ubezpieczyciela profilu ryzyka inwestycyjnego.
9. W przypadku wskazanym w ust. 8 nie stosuje się postanowienia art. 17 ust. 6.
10. Postanowienia ust. 6 – 9 stosuje się odpowiednio do jednostek uczestnictwa na rachunku lokacyjnym oraz do zmiany procentowego podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze.
11. Ubezpieczyciel nie zrealizuje dyspozycji Ubezpieczonego, które miałyby skutkować odpisaniem lub dopisaniem jednostek uczestnictwa do rachunku głównego lub do rachunku lokacyjnego, jeżeli realizacja tych dyspozycji nie jest możliwa wskutek okoliczności niezależnych od Ubezpieczyciela.

Art. 16 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA

1. Wartość funduszu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań w dniu wyceny.
2. Z zastrzeżeniem zdania drugiego, wycena jednostek uczestnictwa jest dokonywana w każdym dniu roboczym. W przypadku, gdy wskutek okoliczności niezależnych od Ubezpieczyciela, w danym dniu roboczym nie będzie możliwe dokonanie wyceny jednostek uczestnictwa, Ubezpieczyciel dokona wyceny w pierwszym dniu roboczym następującym po ustaniu przeszkody.

Art. 17 ALOKACJA SKŁADEK

1. Alokacji w fundusze podlega część każdej składki podstawowej odpowiednia dla roku polisowego. Procent składki podstawowej alokowanej do wskazanych przez Ubezpieczającego funduszy podany jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Fundusze, w które ma być alokowana określona w ust. 1 część składki podstawowej, Ubezpieczający wskazuje we wniosku o ubezpieczenie. We wniosku tym Ubezpieczający określa także procentowy podział alokowanej części składki podstawowej pomiędzy te fundusze. Dyspozycja Ubezpieczającego dotycząca podziału pomiędzy fundusze powinna obejmować łącznie 100% alokowanej części składki podstawowej. Część składki podstawowej alokowana do jednego funduszu nie może być mniejsza niż 10% tej składki.
3. Ubezpieczyciel dopisuje do rachunku głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia każdej z alokowanych części składki podstawowej przez cenę jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki podstawowej. Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje nie później, niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki podstawowej.
4. W przypadku gdy wpłata kwoty równej lub wyższej od składki całkowitej zostanie zarejestrowana przed terminem płatności składki całkowitej odpowiednia część składki podstawowej zostanie alokowana do odpowiedniego funduszu zgodnie z poniższymi zasadami. Ubezpieczyciel dopisze do rachunku

- głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia alokowanej części składki podstawowej przez cenę jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym po terminie płatności, o którym mowa w zdaniu pierwszym. Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje nie później, niż w terminie 5 dni roboczych od terminu płatności, o którym mowa w zdaniu pierwszym.
5. Ubezpieczający może zmienić procentowy podział następnej składki podstawowej pomiędzy fundusze na podstawie pisemnego wniosku.
6. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę procentowego podziału składki podstawowej pomiędzy fundusze jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
7. W przypadku podwyższenia składki podstawowej na wniosek Ubezpieczającego lub wskutek jej indeksacji kwota, o jaką wzrasta ta składka zostanie alokowana zgodnie ze wskaźnikiem procentowym podanym w Tabeli limitów i opłat.
8. Alokacji w fundusze podlega także określona w Tabeli limitów i opłat część każdej składki lokacyjnej.
9. Fundusze, w które ma być alokowana określona w ust. 8 część składki lokacyjnej, Ubezpieczający wskazuje we wniosku dotyczącym podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze. We wniosku tym Ubezpieczający określa procentowy podział alokowanej części składki lokacyjnej pomiędzy fundusze. Dyspozycja Ubezpieczającego dotycząca podziału pomiędzy fundusze powinna obejmować łącznie 100% alokowanej części składki lokacyjnej. Część składki lokacyjnej alokowana do jednego funduszu nie może być mniejsza niż 10% tej składki.
10. Ubezpieczyciel dokona alokacji składki lokacyjnej zgodnie z dyspozycją dotyczącą sposobu podziału tej składki zawartą we wniosku dotyczącym podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze.
11. Ubezpieczyciel dopisuje do rachunku lokacyjnego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia każdej z alokowanych części składki lokacyjnej przez cenę jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu obowiązującą nie później, niż w 3. dniu roboczym od późniejszego z dni:
 - a) dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki lokacyjnej,
 - b) dnia akceptacji wniosku dotyczącego podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze.
 Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od późniejszego z wyżej wymienionych dni.
12. W sytuacji opisanej w art. 11 ust. 4 oraz art. 12 ust. 8 składka podstawowa zostanie alokowana w najbliższym terminie płatności składki całkowitej.
13. W przypadku zaliczenia składki lokacyjnej lub jej części na poczet wymagalnych składek całkowitych, odpowiednia kwota zostanie alokowana zgodnie z obowiązującym sposobem alokacji składki podstawowej. Pozostała część składki lokacyjnej zostanie alokowana do funduszy zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego we wniosku dotyczącym podziału składki lokacyjnej pomiędzy fundusze.
14. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do rachunku głównego i lokacyjnego zaokrąglana jest do pięciu miejsc po przecinku.

Art. 18 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Ubezpieczający ma prawo przenieść jednostki uczestnictwa z jednego funduszu do innego funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela. Przeniesienie jednostek uczestnictwa polega na odpisaniu jednostek uczestnictwa z funduszu według ceny jednostki uczestnictwa tego funduszu i następnie na dopisaniu odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa do innego funduszu według ceny jednostki uczestnictwa tego funduszu.

Odpisanie i dopisanie jednostek uczestnictwa dokonywane jest według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później, niż w 6. dniu roboczym od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa.

2. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
3. Nie jest możliwe przenoszenie jednostek uczestnictwa pomiędzy rachunkiem głównym a rachunkiem lokacyjnym.

Art. 19 OPŁATA ZA ZAWARCIE I WYKONYWANIE UMOWY UBEZPIECZENIA. OPŁATA ADMINISTRACYJNA

1. Część każdej składki podstawowej i lokacyjnej niepodlegająca alokacji w fundusze na zasadach określonych w art. 17 stanowi opłatę za zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia.
2. Opłata za zawarcie i wykonywanie umowy ubezpieczenia przeznaczona jest na pokrycie kosztów związanych z zawarciem tej umowy oraz jej obsługą.
3. Ubezpieczyciel ustala także opłatę za administrowanie umową ubezpieczenia (dalej: opłata administracyjna). Wysokość opłaty administracyjnej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
4. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego na poczet opłaty administracyjnej za dany miesiąc polisowy, z zastrzeżeniem ust. 5 i 6.
5. Opłata administracyjna nie jest pobierana z chwilą dożycia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego.
6. Opłata administracyjna pobrana po dniu śmierci Ubezpieczonego zostanie zwrócona.

Art. 20 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

1. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (dalej: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe) za dany miesiąc polisowy.
2. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe jest obliczana jako iloczyn:
 - a) różnicy pomiędzy sumą składek podstawowych opłaconych przez Ubezpieczającego do dnia pobrania tej opłaty a wartością jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym w dniu obliczenia tej opłaty (dalej: podstawa obliczania)

i

- b) ułamek przyjętego przez Ubezpieczyciela, wyrażającego prawdopodobieństwo śmierci Ubezpieczonego w danym miesiącu polisowym (dalej: wskaźnik umieralności).

Podstawą do ustalenia wartości wskaźnika umieralności jest roczne prawdopodobieństwo śmierci wskazane w tabeli „Ogółem Mężczyźni” zawartej w „Polskich Tablicach Trwania Życia 1990 – 1991” wydanych przez Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1993 r., przy czym dla kobiety w danym wieku stosuje się zaczerpniętą z tej tabeli roczną wartość prawdopodobieństwa śmierci odpowiednią dla mężczyzny młodszego o 5 lat.

Przy wyznaczaniu wskaźnika umieralności w danym miesiącu polisowym dla danego Ubezpieczonego należy uwzględnić:

- a) narzut na wartości rocznego prawdopodobieństwa śmierci, wymieniony w Tabeli limitów i opłat uzależniony od płci i wieku Ubezpieczonego w momencie pobrania opłaty,
 - b) wartość ułamka wyrażającego prawdopodobieństwo śmierci Ubezpieczonego zaokrągloną w górę i wyznaczoną z dokładnością do siedmiu miejsc po przecinku, uzależnioną od płci i wieku Ubezpieczonego w momencie pobrania opłaty, przy czym wartość tego ułamka jest nie mniejsza, niż minimalna wartość ułamka wyrażającego prawdopodobieństwo śmierci wymienionego w Tabeli limitów i opłat.
3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe nie jest pobierana:
 - a) gdy wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku

- głównym przekracza lub równa się sumie opłaconych przez Ubezpieczającego składek podstawowych,
- b) z chwilą dożycia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego.

Art. 21 OPŁATA MANIPULACYJNA

1. Ubezpieczający ma prawo dokonać przeniesienia jednostek uczestnictwa między funduszami. Z zastrzeżeniem ust. 2 przeniesienie jednostek uczestnictwa podlega opłacie manipulacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
2. Liczba przeniesień jednostek uczestnictwa między funduszami, które nie podlegają opłacie manipulacyjnej w danym roku polisowym wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
3. Opłacie manipulacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat podlega także wypłata z rachunku lokacyjnego.

Art. 22 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM

1. Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę z tytułu zarządzania niektórymi funduszami, odrębną dla każdego z funduszy (dalej: opłata za zarządzanie). Opłata ta jest pobierana w każdym momencie wyceny wartości aktywów danego funduszu, proporcjonalnie do części roku, jaką stanowi okres pomiędzy poprzednią wyceną wartości aktywów a wyceną na moment, w którym pobiera się tę opłatę. Opłata ta jest określona jako procent od wartości funduszu i zawarta jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Opłata za zarządzanie pobierana jest przez okres, w którym Ubezpieczyciel zarządza jednostkami uczestnictwa zgromadzonymi na rachunku głównym lub lokacyjnym.

Art. 23 OPŁATA OPERACYJNA

1. Ubezpieczyciel ustala opłatę operacyjną odrębną dla każdego z funduszy podlegających opłacie (dalej: opłata operacyjna).
2. Opłata operacyjna naliczana jest za każdy dzień oraz pobierana za poprzedni miesiąc polisowy na początku następnego miesiąca. Pobranie opłaty następuje poprzez odpisanie z rachunku głównego lub z rachunku lokacyjnego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego funduszu. Ubezpieczyciel może pobrać część opłaty operacyjnej należnej za dany miesiąc polisowy przed wypłatą z rachunku głównego lub lokacyjnego, przeniesieniem jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz przed wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i wartości wykupu. W takim przypadku pozostała część opłaty operacyjnej jest pobierana na początku następnego miesiąca. Jeżeli w dniu pobierania opłaty operacyjnej nie ma wystarczającej do pobrania opłaty liczby jednostek uczestnictwa funduszu, od którego aktywów opłata została naliczona, będzie ona pobrana z jednostek uczestnictwa innych funduszy znajdujących się na rachunku głównym lub lokacyjnym.
3. Opłata operacyjna jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu przypisanych do rachunku głównego lub lokacyjnego i wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

Art. 24 METODA INDEKSACJI OPŁAT

1. Opłaty wymienione w art. 19 ust. 3 i w art. 21 podlegają indeksacji maksymalnie o większy z opublikowanych wskaźników (dalej: wskaźnik indeksacji opłat):
 - a) wskaźnik wzrostu cen towarów i usług publikowany przez Główny Urząd Statystyczny,
 - b) wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia nominalnego brutto w sektorze przedsiębiorstw, publikowany przez Główny Urząd Statystyczny.
2. Indeksacja opłat dokonywana jest nie częściej, niż co 12 miesięcy. Jeżeli w ciągu 12 miesięcy od dokonania poprzedniej indeksacji Ubezpieczyciel nie dokona kolejnej indeksacji, to przy ustalaniu wartości wskaźnika indeksacji opłat Ubezpieczyciel uwzględni wartości wskaźników, o których mowa w ust. 1, za cały okres, który upłynął od poprzedniej indeksacji opłat.
3. Jeżeli w ciągu 12 miesięcy od dokonania poprzedniej indeksacji

opłat Główny Urząd Statystyczny nie opublikuje któregośkolwiek ze wskaźników, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel zastosuje do indeksacji opłat, w pierwszej kolejności, wskaźnik wzrostu cen towarów i usług w Polsce, opublikowany przez Biuro Statystyczne Wspólnot Europejskich (EUROSTAT). Jeżeli również ten wskaźnik nie zostanie opublikowany, w drugiej kolejności Ubezpieczyciel zastosuje do indeksacji opłat wskaźnik wzrostu cen towarów i usług w Polsce, opublikowany przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).

4. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu pisemną informację o dokonaniu indeksacji opłat.

Art. 25 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT

Jeżeli jednostki uczestnictwa zgromadzone na rachunku głównym zostały dopisane do różnych funduszy, to liczba jednostek uczestnictwa, odpisywana na pokrycie opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, wymienionych w art. 19 i 20 jest kalkulowana proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego funduszu.

Art. 26 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO

1. Ubezpieczający może dokonywać wypłat z rachunku lokacyjnego.
2. Wypłata z rachunku lokacyjnego dokonywana jest poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z tego rachunku według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę.

Odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku lokacyjnego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela tego wniosku.

3. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę stanowiącą równowartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym.

4. Jeżeli Ubezpieczający we wniosku o wypłatę z rachunku lokacyjnego nie określił funduszu, z którego ma być zrealizowana wypłata, Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa proporcjonalnie z każdego funduszu.

5. Minimalna wysokość wypłaty z rachunku lokacyjnego określona jest w Tabeli limitów i opłat.

6. Wypłata z rachunku lokacyjnego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od dnia akceptacji wniosku przez Ubezpieczyciela.

7. Wypłata kwoty stanowiącej równowartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym (dalej: wartość rachunku lokacyjnego) nastąpi z chwilą wypłaty wartości wykupu lub wypłaty świadczenia. Wartość rachunku lokacyjnego oblicza się zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 27 ust. 3 w przypadku wypłaty wartości wykupu albo w art. 28 ust. 6 w przypadku wypłaty świadczenia.

8. Odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku lokacyjnego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

9. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

Art. 27 WARTOŚĆ WYKUPU

1. Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu rachunku na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):

a) 90. dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. 90. dzień po terminie płatności najwcześniej zaległej składki całkowitej

albo

b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

2. Wartość wykupu jest to odpowiedni, wskazany w Tabeli limitów i opłat, procent wartości jednostek uczestnictwa zakupionych za

składki podstawowe, znajdujących się na rachunku głównym w dniu wartości wykupu.

3. Wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku głównym oblicza się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia wartości wykupu. Odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia wartości wykupu.

4. Wypłata wartości wykupu nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od rozwiązania umowy ubezpieczenia.

5. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

6. Przed dożyciem przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego nie jest możliwe dokonywanie wypłat części wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym.

7. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach wyłączających odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego lub jego prawnych spadkobierców.

Art. 28 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA WIEKU EMERYTALNEGO. PREMIA

1. Z chwilą dożycia wieku emerytalnego Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia równego wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku głównym, z uwzględnieniem jednostek uczestnictwa dopisanych do tego rachunku w wyniku naliczenia premii.

2. Naliczenie premii odbywa się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dożyciu przez Ubezpieczonego 60 lat.

3. Premia za dany rok polisowy obliczana jest jako suma składek podstawowych opłaconych w danym roku polisowym pomnożonych przez:

a) liczbę pełnych lat polisowych, jakie upłynęły od dnia opłacenia danej składki do dnia naliczenia premii oraz

b) współczynnik wskazany w Tabeli limitów i opłat.

Premia z tytułu dożycia wieku emerytalnego równa jest sumie premii za poszczególne lata polisowe.

4. Do rachunku głównego zostanie dopisana liczba jednostek uczestnictwa, wynikająca z podzielenia premii przez cenę jednostki uczestnictwa obowiązującą nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostaną dopisane do poszczególnych funduszy zgodnie z obowiązującym podziałem pomiędzy fundusze składki podstawowej.

5. Do czasu wypłaty świadczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do zarządzania jednostkami uczestnictwa zgromadzonymi na rachunku głównym i rachunku lokacyjnym na ryzyko Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel jest uprawniony do pobierania opłaty za zarządzanie funduszem oraz opłaty operacyjnej.

6. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym, powiększoną o wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym. Wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na obu rachunkach zostanie obliczona według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji wniosku o wypłatę świadczenia. Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego oraz rachunku lokacyjnego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji wniosku o wypłatę świadczenia. Dniem rejestracji wniosku o wypłatę świadczenia jest nie później niż 5. dzień roboczy od przekazania tego wniosku Ubezpieczycielowi w jego siedzibie w Warszawie albo nie później niż 10. dzień roboczy od dnia jego przekazania Przedstawicielowi.

Art. 29 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego przed dożyciem przez niego wieku emerytalnego, Uposażony nabywa prawo do świadczenia, z zastrzeżeniem art. 27 ust. 6.

2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę większej wartości spośród:
 - a) wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym, obliczonej według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego albo
 - b) nominalnej wartości wszystkich składek podstawowych opłaconych przed dniem rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego,
 - powiększonej o wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.Dniem rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego jest nie później niż 5. dzień roboczy od przekazania zawiadomienia Ubezpieczycielowi w jego siedzibie w Warszawie albo nie później niż 10. dzień roboczy od dnia przekazania zawiadomienia Przedstawicielowi.
3. Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego oraz rachunku lokacyjnego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.
4. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego po dożyciu przez niego wieku emerytalnego, Uposażony nabywa prawo do świadczenia w wysokości wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym oraz na rachunku lokacyjnym. Wartość jednostek uczestnictwa na obu rachunkach obliczana jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później, niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 2.
5. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobom wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako Uposażeni, zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku wskazania udziałów procentowych przyjmuje się, że udziały w świadczeniu są równe. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
6. Jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego, część świadczenia przypadająca temu Uposażonemu jest wypłacana pozostałym Uposażonym, zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 5.
7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych, osoby wskazane nie istnieją lub wszyscy Uposażeni zmarli przed dniem śmierci Ubezpieczonego lub utracili prawo do świadczenia z przyczyny wskazanej w ust. 10, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
8. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 8, uprawnionych do świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
10. Jeżeli Uposażony lub inna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego, część świadczenia jej przypadająca jest wypłacana pozostałym Uposażonym albo członkom rodziny Ubezpieczonego zgodnie z zasadą, o której mowa w ust. 5.

Art. 30 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia, złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) w przypadku dożycia przez Ubezpieczonego wieku emerytalnego:
 - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
 - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
 - dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego, tj. oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez lekarza lub stosowne władze,
 - innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczeń okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Ubezpieczyciel wypłaci w terminie wskazanym w zdaniu pierwszym.
4. W przypadku odmowy lub częściowej odmowy wypłaty świadczenia Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 31 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania polisy (zawarcia umowy ubezpieczenia).
2. Do odstąpienia od umowy ubezpieczenia Ubezpieczający powinien dołączyć dokument potwierdzający otrzymanie polisy.

Art. 32 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę główną. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita. Przepis ten znajdzie zastosowanie, o ile z przyczyn określonych w art. 12 nie jest możliwe zawieszenie opłacania składek całkowitych.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, jeżeli Ubezpieczający nie podejmie opłacania składek całkowitych w ciągu 30 dni po upływie okresu zawieszenia opłacania składek całkowitych.
4. Złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu na zasadach określonych w art. 27.

Art. 33 WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą wypłaty świadczenia.
2. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem, w którym wartość obliczona jako różnica pomiędzy wartością jednostek uczestnictwa a wartością należnej a niepobranej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe, opłaty administracyjnej, opłaty operacyjnej oraz opłaty manipulacyjnej, o których mowa w art. 19, 20, 21 oraz 23, będzie mniejsza lub równa zero. O wygaśnięciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczonego na piśmie.

Art. 34 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 35) lub osobiście, w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.
6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 30 ust. 4.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 40 ust. 2.

Art. 35 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (dalej: korespondencja), za wyjątkiem przekazanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej do rąk Przedstawiciela, który podpisem potwierdza datę odbioru powyższych dokumentów, lub przesyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 34. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Z wyłączeniem postanowień dotyczących wypłaty świadczeń, jeżeli wniosek (dyspozycja) jest niezgodny z umową ubezpieczenia lub niejednoznacznie sformułowany, nie zostanie on wykonany przez Ubezpieczyciela.
3. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia wydanego przez Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
4. Po wcześniejszym uzgodnieniu z adresatem korespondencji Ubezpieczyciel może przekazywać informacje dotyczące umowy ubezpieczenia w formie innej niż pisemna, mimo zastrzeżenia dla niej w Warunkach formy pisemnej.
5. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji.
6. O ile poszczególne postanowienia Warunków nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza.

Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

Art. 36 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA

1. Jeżeli dokument ubezpieczenia został zgubiony lub zniszczony, Ubezpieczający obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym zdarzeniu Ubezpieczyciela.
2. Na pisemny wniosek Ubezpieczającego Ubezpieczyciel wydaje duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał dokumentu ubezpieczenia staje się nieważny.

Art. 37 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

1. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczenia regulują ustawa o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawa o podatku dochodowym od osób prawnych. Szczegółowe przepisy regulujące opodatkowanie tych kwot z tytułu danej umowy ubezpieczenia wskazuje się w polisie.
2. Wszelkie opłaty z tytułu zapłaty składek całkowitych ponosi Ubezpieczający. Wysokość składek całkowitych uzgodnionych pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem wyraża się w kwotach netto w rozumieniu przepisów o podatku od towarów i usług. W przypadku nałożenia innych podatków pośrednich obciążających składkę całkowitą, Ubezpieczyciel może powiększyć składkę o ich wysokość.
3. Jeżeli postawienie świadczenia do dyspozycji osoby uprawnionej powoduje obowiązek zapłaty podatków lub innych opłat, takie podatki lub opłaty nie obciążają Ubezpieczyciela.

Art. 38 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

Art. 39 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW

1. Tabela limitów i opłat lub Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem ust. 4.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej, w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:
 - a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym

- o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
- b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny), waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
- c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 powyżej następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku wskazanym w art. 24 stawki opłat są zmieniane uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.

Art. 40 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego.
2. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

Art. 41 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 76/2011 z dnia 14 października 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 14 listopada 2011 roku.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA EMERYTALNEGO OWU/PUL2/1/2011

Art. 1 DEFINICJE	3
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO	4
Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	4
Art. 7 WYZNACZENIE UPOSAŻONYCH I UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH	4
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	4
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	4
Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA	4
Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	4
Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ	5
Art. 13 SKŁADKA LOKACYJNA	5
Art. 14 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ	5
Art. 15 RODZAJE I CEL FUNDUSZY	5
Art. 16 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA	6
Art. 17 ALOKACJA SKŁADEK	6
Art. 18 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	6
Art. 19 OPŁATA ZA ZAWARCIE I WYKONYWANIE UMOWY UBEZPIECZENIA. OPŁATA ADMINISTRACYJNA	7
Art. 20 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE	7
Art. 21 OPŁATA MANIPULACYJNA	7
Art. 22 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM	7
Art. 23 OPŁATA OPERACYJNA	7
Art. 24 METODA INDEKSACJI OPŁAT	7
Art. 25 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT	8
Art. 26 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO	8
Art. 27 WARTOŚĆ WYKUPU	8
Art. 28 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA WIEKU EMERYTALNEGO. PREMIA	8
Art. 29 ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	8
Art. 30 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	9
Art. 31 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	9
Art. 32 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	9
Art. 33 WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	10
Art. 34 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	10
Art. 35 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	10
Art. 36 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA	10
Art. 37 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	10
Art. 38 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	10
Art. 39 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW	10
Art. 40 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	11
Art. 41 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	11

