



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ
PROGRAM INWESTYCYJNY NA PRZYSZŁOŚĆ

OWU/ULS0/1/2011

ingzycie.pl





PROGRAM INWESTYCYJNY NA PRZYSZŁOŚĆ W SKRÓCIE

DLACZEGO WARTO MIEĆ PROGRAM INWESTYCYJNY NA PRZYSZŁOŚĆ?

- Możesz skorzystać z szerokiej oferty różnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Wybierasz pomiędzy Portfelami Modelowymi, którymi zarządzają specjaliści z ING Investment Management (Polska) S.A., a Portfelem Indywidualnym, gdzie spośród dostępnych funduszy sam dobierasz te, w które zamierzasz inwestować.
- Za pośrednictwem ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych masz dostęp do inwestycji o zasięgu globalnym, w postaci funduszy międzynarodowych.
- Możesz przenosić zgromadzone środki pomiędzy funduszami bez żadnych opłat, do 8 razy w roku.
- Podczas przenoszenia środków pomiędzy funduszami nie zapłacisz podatku od dochodów kapitałowych - tzw. podatku Belki.
- W trakcie trwania umowy możesz dokonywać częściowych wypłat bez konieczności rozwiązania umowy.
- Możesz także dokonywać dodatkowych wpłat, powiększając tym samym wielkość dokonywanej na Twoją rzecz inwestycji oraz możliwe przyszłe zyski.
- „Program Inwestycyjny na Przyszłość” jest ubezpieczeniem na życie, dzięki czemu przez cały okres jego trwania jesteś objęty ochroną ubezpieczeniową, świadczoną przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. (dalej ING Życie).

PODSTAWOWE INFORMACJE O POLISIE

JAK DZIAŁA TO UBEZPIECZENIE?

„Program Inwestycyjny na Przyszłość” jest inwestycyjnym ubezpieczeniem na życie opłacanym składką jednorazową. Jego celem jest inwestowanie środków i budowanie kapitału, który może zabezpieczyć finansowo Twoją przyszłość. Wielkość zgromadzonego kapitału zależy od wybranego przez Ciebie sposobu inwestowania środków, wysokości wpłaconej składki podstawowej oraz czasu trwania umowy. Wpłacona składka stanowi gwarantowaną sumę ubezpieczenia. To kwota, która jest podstawą do ustalania wypłaty w razie Twojej śmierci.

JAK DŁUGO TRWA UBEZPIECZENIE?

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

CO POWINIENEM WIEDZIEĆ, ZAWIERAJĄC UMOWĘ UBEZPIECZENIA Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI?

Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi pozwalają na łączenie ochrony życia z gromadzeniem i pomnażaniem środków. Swoboda wyboru funduszy oraz wysokości opłacanej składki pozwalają na indywidualne kształtowanie charakteru inwestycji. Poszczególne ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe różnią się poziomem zyskowności i ryzyka. Pamiętaj, że inwestowanie może wiązać się z wieloma ryzykami. Jakkolwiek inwestowane w ramach ubezpieczenia środki mogą w długim okresie przynosić zyski, ING Życie nie gwarantuje realizacji założonego celu inwestycyjnego, ani uzyskania określonego zysku. Zwróć uwagę na wysokość pobieranych opłat. Niektóre z opłat są pobierane regularnie, a niektóre tylko wtedy, gdy zostanie wykonana określona operacja.

JAKIE OPŁATY SĄ POBIERANE?

Rodzaje pobieranych opłat zostały szczegółowo opisane w ogólnych warunkach ubezpieczenia, a ich wysokość jest podana w Tabeli Limitów i Opłat. Niektóre z tych opłat są pobierane regularnie a niektóre tylko wtedy, gdy zostanie wykonana określona operacja. Opłaty: administracyjna, z tytułu przeniesienia między funduszami oraz manipulacyjna, podlegają indeksacji i mogą być podwyższone, jednak nie częściej, niż co 12 miesięcy.

CZY WYPŁATA Z POLISY JEST OPODATKOWANA?

Świadczenie wypłacane w związku ze śmiercią osoby ubezpieczonej jest, co do zasady wolne od podatku dochodowego od osób fizycznych. Jednakże niektóre kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń na życie mogą podlegać opodatkowaniu, np. zyski wypracowane w związku z inwestowaniem w fundusze. Zasady opodatkowania kwot otrzymanych z tytułu ubezpieczeń reguluje 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 znajdziesz w swojej polisie.

CZY MOŻNA ZREZYGNOWAĆ Z UBEZPIECZENIA? JAKIE KONSEKWENCJE SIĘ Z TYM WIAŻĄ?

Masz prawo odstąpić od ubezpieczenia w ciągu 30 dni od otrzymania polisy, a jeśli jesteś przedsiębiorcą - w terminie 7 dni. W takim przypadku otrzymasz wartość rachunku głównego powiększoną o opłaty pobrane przez ING Życie. Rezygnacja z ubezpieczenia możliwa jest w każdym momencie trwania umowy i wymaga Twojego pisemnego oświadczenia. Umowa ulegnie rozwiązaniu przy zachowaniu terminów wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia. Pamiętaj, że wypowiedzenie umowy w pierwszych 6 latach jej trwania skutkuje wypłatą wartości wykupu, która jest niższa, niż wartość zgromadzonych środków.

CZY ING ŻYCIE MOŻE ZLIKWIDOWAĆ UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY?

Tak. Ma też prawo wprowadzać do oferty nowe fundusze. W przypadku likwidacji bądź dodania nowego funduszu, zostaniesz o tym poinformowany oraz otrzymasz Tabelę Limitów i Opłat oraz Wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulamin lokowania środków, uwzględniające likwidację lub dodanie nowego funduszu. W razie likwidacji Twoje środki zgromadzone w likwidowanym funduszu zostaną przeniesione do innego funduszu z oferty ING Życie. Masz prawo wybrać, do którego funduszu przeniesiesz środki. Jeśli tego nie zrobisz, ING Życie przeniesie je do funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej do funduszu likwidowanego. Szczegółowe postępowanie w razie likwidacji jest opisane w art. 13 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

ZMIANY W POLISIE

CZY MOŻNA WPLACAĆ DODATKOWE SKŁADKI?

Tak. Jednostki uczestnictwa zakupione za określoną w Tabeli Limitów i Opłat część składki dodatkowej są dopisywane do rachunku głównego. Alokacja składki, czyli sposób, w jaki zostanie zainwestowana odpowiednia część składki dodatkowej jest zgodna z Twoją ostatnią dyspozycją.

WYPŁATY Z UMOWY

KTO OTRZYMA PIENIĄDZE Z POLISY W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI?

W razie Twojej śmierci, pieniądze z ubezpieczenia (tzw. świadczenie) zostaną wypłacone wskazanej przez Ciebie osobie lub osobom, które nazywamy Uposażonymi - np. żonie, mężowi, dzieciom, rodzicom. W każdym momencie możesz wyznaczyć inne osoby Uposażone, które będą uprawnione do otrzymania całości lub części świadczenia z polisy.

JAKA KWOTA BĘDZIE WYPŁACONA W RAZIE MOJEJ ŚMIERCI?

W przypadku Twojej śmierci wypłacona zostanie jedna z większych kwot: wartość środków zgromadzonych na rachunku głównym albo gwarantowana suma ubezpieczenia, co oznacza, że osoba Uposażona otrzyma co najmniej wartość wpłaconych składek.

KIEDY ING ŻYCIE NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI I NIE WYPŁACI ŚWIADCZENIA?

ING Życie nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli popełnisz samobójstwo w ciągu pierwszych dwóch lat polisowych. W tym przypadku ING Życie wypłaci wartość wykupu zgodnie z zasadami z OWU.

CZY MOGĘ CZĘŚCIOWO WYPŁACIĆ ŚRODKI W TRAKCIE TRWANIA UMOWY I JAKIE SĄ TEGO KONSEKWENCJE?

Tak. W trakcie trwania umowy możesz dokonać częściowej wypłaty z rachunku głównego. Za częściową wypłatę środków zostanie pobrana opłata likwidacyjna. Wysokość opłaty likwidacyjnej wskazana jest w Tabeli Limitów i Opłat.

JAKA KWOTA ZOSTANIE WYPŁACONA W PRZYPADKU ROZWIĄZANIA UMOWY?

Kwota, którą wypłacimy w przypadku rozwiązania umowy to wartość wykupu. Równa jest ona wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku głównym, pomniejszonej o wartość opłaty likwidacyjnej. Wysokość opłaty likwidacyjnej zależy od wysokości wpłaconej składki podstawowej i jest wskazana w Tabeli Limitów i Opłat.

CO TO JEST GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA?

Gwarantowana suma ubezpieczenia to pieniądze wypłacane w przypadku Twojej śmierci. Gwarantowana suma ubezpieczenia w chwili zawarcia umowy jest równa wartości wpłaconej składki podstawowej i ulega zmianie w razie dokonania wpłaty składki dodatkowej – wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zwiększana jest o wartość tej składki. Analogicznie, po dokonaniu wypłaty z rachunku głównego, wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zmniejszana jest o wartość wypłaconej kwoty.

CZY MOŻNA ZMIENIĆ SUMĘ UBEZPIECZENIA?

Tak, w razie dokonania wpłaty składki dodatkowej – wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zwiększana jest o wartość tej składki. Analogicznie, po dokonaniu wypłaty z rachunku głównego, wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zmniejszana jest o wartość wypłaconej kwoty.

INFORMACJE PRAKTYCZNE

JAKIE DOKUMENTY SĄ POTRZEBNE ŻEBY DOSTAĆ PIENIĄDZE Z UBEZPIECZENIA?

Podstawą do wypłaty świadczenia jest wniosek o wypłatę świadczenia, złożony w ING Życie wraz z następującymi dokumentami:

- urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego
- dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: 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 ING Życie.
- Wszelkie niezbędne informacje uzyskasz dzwoniąc do nas pod numer 801 20 30 40.

JAKĄ KORESPONDENCJĘ BĘDĘ OTRZYMYWAĆ OD ING ŻYCIE?

Pierwszym dokumentem, jaki otrzymasz w związku z ubezpieczeniem będzie polisa. Znajdziesz w niej informacje, kto jest objęty ubezpieczeniem i w jakim zakresie. Sprawdź dokładnie wszystkie zapisane tam informacje, takie jak dane osobowe czy sumy ubezpieczenia. Co roku otrzymasz list rocznicowy zawierający aktualne informacje o Twojej polisie.

JAK SIĘ Z WAMI KONTAKTOWAĆ?

Centrum Obsługi Telefonicznej: 801 20 30 40,
z telefonu komórkowego: 22 522 71 24,
e-mail: info@ingcentrala.pl,
www.e-serwisING.pl

DLACZEGO PROSICIE O MÓJ NUMER TELEFONU KOMÓRKOWEGO I ADRES E-MAIL?

Prosimy o podanie i aktualizowanie tych danych w czasie trwania umowy. To ważne, bo dzięki temu możemy szybko skontaktować się z Tobą i przekazać Ci ważne informacje dotyczące umowy, gdy zajdzie taka potrzeba, np. gdy będą wątpliwości, jak rozumieć Twoją dyspozycję lub gdy nie zarejestrujemy Twojej składki w terminie.

Dla uproszczenia wyjaśnień przyjęliśmy założenie, że właściciel polisy (czyli osoba, która opłaca składki za ubezpieczenie) jest jednocześnie osobą ubezpieczoną (czyli osobą objętą ochroną ubezpieczeniową).

Powyższe informacje są wyłącznie ogólnymi informacjami o umowie ubezpieczenia i nie stanowią zobowiązania Towarzystwa.



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ PROGRAM INWESTYCYJNY NA PRZYSZŁOŚĆ

NR OWU/ULSO/1/2011

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym ze składką jednorazową mają zastosowanie do umowy oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem ULS0 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym ze składką jednorazową nr OWU/ULSO/1/2011 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Cena jednostki uczestnictwa”** - cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel dopisuje i odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego.
- 2) **„Dzień akceptacji wniosku (dyspozycji)”** – nie później niż:
 - 5. dzień roboczy od dnia otrzymania wniosku (dyspozycji) przez Ubezpieczyciela (dostarczenia do siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie)albo
 - 10. 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.
- 3) **„Dzień rejestracji wpłaty”** – nie później niż 4. dzień roboczy od dnia wpływu środków na rachunek Ubezpieczyciela.
- 4) **„Dzień roboczy”** - dzień tygodnia z wyjątkiem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
- 5) **„Dokument ubezpieczenia”** - dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 6) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** - określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 7) **„Gwarantowana suma ubezpieczenia”** - w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia gwarantowana suma ubezpieczenia równa się wpłaconej przez Ubezpieczającego składce podstawowej; w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia ulega zmianie na zasadach określonych w Warunkach.
- 8) **„Jednostka uczestnictwa”** - część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 9) **„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.
- 10) **„Przedstawiciel”** - osoba wykonująca na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dotyczącego umowy ubezpieczenia (dalej: Przedstawiciel).
- 11) **„Rachunek jednostek uczestnictwa”** – rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy ubezpieczenia, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składkę podstawową i składki dodatkowe (dalej: rachunek główny).

- 12) **„Rocznica polisy”** - każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 13) **„Rok polisowy”** - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 14) **„Składka podstawowa”** - kwota wpłacana jednorazowo po złożeniu wniosku o ubezpieczenie, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa oraz na pokrycie kosztów ubezpieczenia, podlegająca alokacji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe na zasadach określonych w Warunkach.
- 15) **„Składka dodatkowa”** - kwota wpłacana w dowolnych terminach w czasie trwania umowy ubezpieczenia, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa oraz na pokrycie kosztów ubezpieczenia, podlegająca alokacji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe na zasadach określonych w Warunkach.
- 16) **„Tabela limitów i opłat”** - dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający stawki opłat, limitów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia. Dokument ten stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
- 17) **„Ubezpieczający”** - osoba fizyczna, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem.
- 18) **„Ubezpieczony”** - osoba, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, będąca jednocześnie Ubezpieczającym.
- 19) **„Ubezpieczyciel”** - ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 20) **„Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy”** - wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela (dalej: fundusz).
- 21) **„Umowa ubezpieczenia”** - Umowa ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym ze składką jednorazową, oznaczona kodem ULS0.
- 22) **„Uposażony”** - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 23) **„Wartość wykupu”** - kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w Warunkach.
- 24) **„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.
- 25) **„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.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dalej: zdarzenie ubezpieczeniowe).

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 opłacenia składki podstawowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia umowy.
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).
2. Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest:
 - a) przyjęcie przez Przedstawiciela podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o ubezpieczenie,
 - b) opłacenie przez Ubezpieczającego składki podstawowej w wysokości nie mniejszej niż minimalna wysokość składki podstawowej wskazana w Tabeli limitów i opłat.
3. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu opłacenia składki podstawowej.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO

Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 71 lat.

Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH

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

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 składki podstawowej i każdej składki dodatkowej zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
3. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione oraz 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

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki podstawowej w wysokości nie mniejszej niż minimalna wysokość składki podstawowej wskazana w Tabeli limitów i opłat, w terminie 30 dni od dnia przyjęcia przez Przedstawiciela wniosku o ubezpieczenie.
2. We wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczający zobowiązany jest do udzielania zgodnych z prawdą informacji.

Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA

1. Składka podstawowa jest wpłacana przez Ubezpieczającego w terminie wskazanym w art. 9 ust. 1 i w wysokości nie mniejszej niż minimalna wysokość składki podstawowej wskazana w Tabeli limitów i opłat.
2. Po dniu rejestracji wpłaty składki podstawowej, Ubezpieczyciel dopisze do rachunku głównego odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 15, liczbę jednostek uczestnictwa.

Art. 11 SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składek dodatkowych w celu dopisania dodatkowych jednostek uczestnictwa do rachunku głównego.
2. Minimalna wysokość składki dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
3. Po dniu rejestracji wpłaty składki dodatkowej, Ubezpieczyciel dopisze do rachunku głównego odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 15, liczbę jednostek uczestnictwa.

Art. 12 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA

Po dniu rejestracji wpłaty składki dodatkowej wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zwiększana jest o wartość składki dodatkowej. Po dokonaniu wypłaty z rachunku głównego wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zmniejszana jest o wartość wypłaconej Ubezpieczającemu kwoty, z tym, że wartość gwarantowanej sumy ubezpieczenia nie może być mniejsza od zera.

Art. 13 FUNDUSZE

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 wpłaty kolejnej składki dodatkowej, złożyć aktualny wniosek o zmianę podziału składki dodatkowej pomiędzy fundusze, jeżeli ostatni wiążący wniosek zawiera dyspozycję przekazywania części składki dodatkowej do likwidowanego funduszu.

Jeżeli Ubezpieczający nie złoży w powyższym terminie wniosku o zmianę podziału składki dodatkowej pomiędzy fundusze, Ubezpieczyciel przekaze odpowiednią część każdej składki dodatkowej do funduszu pozostającego w ofercie Ubezpieczyciela o zbliżonym, według przekonania Ubezpieczyciela, profilu ryzyka inwestycyjnego.

9. Ubezpieczyciel nie zrealizuje dyspozycji Ubezpieczającego, które miałyby skutkować odpisaniem lub dopisaniem jednostek uczestnictwa do rachunku głównego, jeżeli realizacja tych dyspozycji nie jest możliwa wskutek okoliczności niezależnych od Ubezpieczyciela.

Art. 14 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. 15 ALOKACJA SKŁADEK

1. Alokacji w fundusze podlega część składki podstawowej odpowiednia dla wartości składki. Procent składki podstawowej alokowany do wskazanych przez Ubezpieczającego fundusze 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 wpłaty składki podstawowej. Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji wpłaty składki podstawowej.
4. Alokacji w fundusze podlega także określona w Tabeli limitów i opłat część każdej składki dodatkowej.
5. Fundusze, w które ma być alokowana określona w ust. 4 część składki dodatkowej, Ubezpieczający wskazuje we wniosku o ubezpieczenie lub wniosku o zmianę podziału składki dodatkowej pomiędzy fundusze. We wnioskach tych Ubezpieczający określa także procentowy podział alokowanej części składki dodatkowej pomiędzy te fundusze. Dyspozycja Ubezpieczającego dotycząca podziału pomiędzy fundusze powinna obejmować łącznie 100% alokowanej części składki dodatkowej. Część składki dodatkowej alokowana do jednego funduszu nie może być mniejsza niż 10% tej składki. Wniosek o zmianę podziału składki dodatkowej pomiędzy fundusze niespełniający powyższych warunków, nie będzie mógł być uznany przez Ubezpieczyciela za wiążący. W takim przypadku Ubezpieczyciel dokona alokacji składki dodatkowej zgodnie z ostatnią wiążącą dyspozycją Ubezpieczającego.
6. Ubezpieczyciel dokona alokacji składki dodatkowej zgodnie z ostatnią dyspozycją dotyczącą sposobu podziału tej składki

zawartą we wniosku o ubezpieczenie albo wniosku o zmianę podziału składki dodatkowej pomiędzy fundusze.

7. Ubezpieczyciel dopisuje do rachunku głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia każdej z alokowanych części składki dodatkowej przez cenę jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji wpłaty składki dodatkowej. Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji wpłaty składki dodatkowej.
8. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do rachunku głównego jest zaokrąglana do 5 miejsc po przecinku.

Art. 16 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

Ubezpieczający ma prawo przenieść jednostki uczestnictwa z jednego funduszu do innego funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela. Przeniesienie jednostek uczestnictwa odbywa się na podstawie wniosku Ubezpieczającego i 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.

Art. 17 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

1. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (dalej: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe) za dany miesiąc polisowy.
2. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe jest obliczana jako iloczyn:
 - a) różnicy pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym w dniu obliczenia tej opłaty
 - i
 - b) ułamka 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, gdy wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym przekracza lub równa się gwarantowanej sumie ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu pobranej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot pobranej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej, następuje łącznie z wypłatą wartości wykupu, o której mowa w art. 27, albo niezależnie, nie później niż w terminie 30 dni od rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

Art. 18 OPŁATA ZA ZAWARCIE I WYKONYWANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Część każdej składki podstawowej i dodatkowej niepodlegająca alokacji w fundusze na zasadach określonych w art. 15 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 wykonywaniem, z wyłączeniem czynności z tytułu których są pobierane odrębne opłaty wskazane w art. 17, 19 - 23.

Art. 19 OPŁATA ZA OBSŁUGĘ RACHUNKU GŁÓWNEGO

1. Ubezpieczyciel ustala także opłatę za obsługę rachunku głównego (dalej: opłata za obsługę). Wysokość opłaty za obsługę wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego na poczet opłaty za obsługę za dany miesiąc polisowy.

Art. 20 OPŁATA ADMINISTRACYJNA

1. Ubezpieczyciel ustala opłatę administracyjną odrębną dla każdego z funduszy podlegających opłacie (dalej: opłata administracyjna).
2. Opłata administracyjna naliczana jest za każdy dzień oraz pobierana za poprzedni miesiąc polisowy na początku następnego miesiąca. Pobranie opłaty następuje poprzez odpisanie z rachunku głównego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego funduszu. Ubezpieczyciel może pobrać część opłaty administracyjnej należnej za dany miesiąc polisowy przed wypłatą z rachunku głównego, przeniesieniem jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz przed wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego i wartości wykupu. W takim przypadku pozostała część opłaty administracyjnej jest pobierana na początku następnego miesiąca. Jeżeli w dniu pobierania opłaty administracyjnej 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.
3. Opłata administracyjna jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu przypisanych do rachunku głównego na dzień, za który opłata jest naliczana, a jej wysokość jest wskazana w Tabeli limitów i opłat.

Art. 21 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZAMI

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.

Art. 22 OPŁATA MANIPULACYJNA

1. Opłacie manipulacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat podlega:
 - a) przeniesienie jednostek uczestnictwa między funduszami na wniosek Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - b) przekazanie Ubezpieczającemu, na jego wniosek, pisemnej informacji o stanie rachunku głównego.
2. W jednym roku polisowym Ubezpieczający ma prawo dokonać ośmiu przeniesień jednostek uczestnictwa między funduszami bez konieczności poniesienia opłaty, o której mowa w ust. 1 lit. a).
3. Opłata manipulacyjna będzie pobierana poprzez odpisanie z rachunku odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa.

Art. 23 OPŁATA LIKWIDACYJNA

Opłacie likwidacyjnej podlega wypłata z rachunku głównego oraz wypłata wartości wykupu. Wysokość opłaty likwidacyjnej, określona jako procent odpisywanych na poczet wypłaty jednostek uczestnictwa, jest wskazana w Tabeli limitów i opłat.

Art. 24 METODA INDEKSACJI OPŁAT

1. Opłaty wymienione w art. 19 i 22, 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 opłat Ubezpieczyciel nie dokona kolejnej indeksacji opłat, 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 z każdego funduszu na pokrycie opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty za obsługę, wymienionych w art. 17 i 19, jest kalkulowana proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego funduszu.

Art. 26 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do wypłaty z rachunku głównego.
2. Wypłata z rachunku głównego następuje na wniosek Ubezpieczającego i jest uzależniona od wskazania przez Ubezpieczającego funduszy, z których ma być realizowana wypłata.
3. Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od minimalnej wartości wypłaty z rachunku wskazanej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu akceptacji przez

Ubezpieczyciela wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie nie może być większa od kwoty ustalonej na podstawie postanowień ust. 4.

4. Wartość jednostek uczestnictwa pozostałych na rachunku głównym po dokonaniu wypłaty nie może być mniejsza od minimalnej wartości rachunku wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
5. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż maksymalna dostępna, ustalona przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 4, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę maksymalną dostępną.
6. Wypłata z rachunku głównego 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 głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela tego wniosku.
7. Jeżeli Ubezpieczający we wniosku o wypłatę z rachunku głównego nie określił funduszy, z których ma być zrealizowana wypłata, Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa proporcjonalnie z każdego funduszu.
8. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.
9. Ubezpieczyciel potwierdza w formie pisemnej dokonanie wypłaty z rachunku głównego.
10. Wypłata z rachunku głównego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.

Art. 27 WARTOŚĆ WYKUPU

1. Wartość wykupu oblicza się według stanu rachunku głównego na dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia (dalej: dzień wartości wykupu).
2. Wartość wykupu jest to wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na rachunku głównym pomniejszona o wartość opłaty likwidacyjnej, wskazanej w art. 23. Wartość jednostek uczestnictwa znajdująca się na rachunku głównym obliczana jest zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3.
3. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia 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 wartości wykupu zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

Art. 28 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania umowy ubezpieczenia Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę większej wartości spośród:
 - a) gwarantowanej sumy ubezpieczenia albo
 - b) wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym; wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym będzie obliczona 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 tego zawiadomienia Przedstawicielowi.

3. W przypadku wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt b, Ubezpieczyciel odpisze jednostki uczestnictwa z rachunku głównego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie osobom wskazanym w dokumencie ubezpieczenia jako Uposażeni zgodnie z wyznaczonym przez Ubezpieczonego procentowym udziałem w świadczeniu. W przypadku braku określenia udziałów procentowych Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Uposażonym w równych częściach. W przypadku udziałów procentowych niesumujących się do 100%, Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
5. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną mu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
6. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
7. 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.
8. W przypadku braku osób uprawnionych do świadczenia wymienionych w ust. 6, świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
9. Jeśli 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. 4.

Art. 29 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) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
 - b) dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez lekarza lub stosowne władze,
 - c) 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 świadczenia 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. 30 WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat polisowych.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 27 i z zachowaniem postanowień ust. 3.
3. Wartość wykupu zostanie obliczona na podstawie liczby jednostek uczestnictwa z dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego i według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane z rachunku głównego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.

Art. 31 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu w terminie 30 dni od dnia akceptacji oświadczenia o odstąpieniu, wartość rachunku głównego powiększoną o opłaty pobrane przez Ubezpieczyciela, o których mowa w art. 17-20.
3. Wartość rachunku głównego obliczana jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane z rachunku głównego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia akceptacji przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu.

Art. 32 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o rozwiązaniu tej umowy.
2. Zażądanie przez Ubezpieczającego wypłaty wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.
3. 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 śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w wyniku samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych 2 lat polisowych.
3. 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 za obsługę, opłaty administracyjnej oraz opłaty manipulacyjnej, o których mowa w art. 17, 19, 20 oraz 22, będzie mniejsza lub równa zero. O wygaśnięciu umowy ubez-

pieczenia Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego 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 bezczynności 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. 29 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) adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, 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 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 ubezpieczeń 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. 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 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 Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również likwidacja funduszy oraz wprowadzanie do oferty nowych funduszy.
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 rozwiązaniu 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 lub siedziby Ubezpieczonego, 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 UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ OWU/ULS0/1/2011**

Art. 1 DEFINICJE	7
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	7
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	8
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO	8
Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	8
Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH	8
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO	8
Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA	8
Art. 11 SKŁADKA DODATKOWA	8
Art. 12 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA	8
Art. 13 FUNDUSZE	8
Art. 14 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA	9
Art. 15 ALOKACJA SKŁADEK	9
Art. 16 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	9
Art. 17 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE	9
Art. 18 OPŁATA ZA ZAWARCIE I WYKONYWANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	10
Art. 19 OPŁATA ZA OBSŁUGĘ RACHUNKU GŁÓWNEGO	10
Art. 20 OPŁATA ADMINISTRACYJNA	10
Art. 21 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZAMI	10
Art. 22 OPŁATA MANIPULACYJNA	10
Art. 23 OPŁATA LIKWIDACYJNA	10
Art. 24 METODA INDEKSACJI OPŁAT	10
Art. 25 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT	10
Art. 26 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO	10
Art. 27 WARTOŚĆ WYKUPU	11
Art. 28 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	11
Art. 29 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	11
Art. 30 WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	12
Art. 31 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	12
Art. 32 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	12
Art. 33 WYGASNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	12
Art. 34 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	12
Art. 35 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	12
Art. 36 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA	13
Art. 37 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	13
Art. 38 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	13
Art. 39 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW	13
Art. 40 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	13
Art. 41 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	13





ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.



www.ingzycie.pl



info@ingcentrala.pl



801 20 30 40



22 522 71 24

