

OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
STRATEGIA LWA

OWU/FIR0/2/2011

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM STRATEGIA LWA NR OWU/FIRO/2/2011

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym nr OWU/FIRO/2/2011, zwane dalej Warunkami mają zastosowanie do umowy głównej oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem FIRO i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Warunkach, w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy głównej, 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 główną z Ubezpieczycielem i zobowiązała się do opłacania składki całkowitej.
- 3) „**Ubezpieczony**” – osoba, której życie jest przedmiotem umowy głównej.
- 4) „**Uposażony**”, „**Uposażony Zastępczy**” – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa główna**” – umowa Ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem FIRO.
- 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 oraz polisa ubezpieczenia bezskładkowego. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 9) **Tabela limitów i opłat**” – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający maksymalne stawki opłat, stawki limitów, tabelę „Alokacja w fundusze” oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w umowie głównej i w umowach dodatkowych, w przypadkach określonych w Warunkach. Dokument ten stanowi integralną część umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczającemu wraz z Warunkami.
- 10) „**Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności**” – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
- 11) „**Rocznica polisy**” – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 12) „**Rok polisowy**” – okres od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do pierwszej rocznicy polisy oraz kolejne 12-miesięczne okresy pomiędzy rocznicami polisy.
- 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) „**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.
- 15) „**Dzień roboczy**” – dzień tygodnia z wyjątkiem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy w Rzeczypospolitej Polskiej.
- 16) „**Dzień rejestracji wpłaty**” – nie później niż 4. dzień roboczy od dnia wpływu środków na rachunek Ubezpieczyciela.
- 17) „**Składka podstawowa**” – kwota opłacana z tytułu umowy głównej, przeznaczona na:
 - a) pokrycie kosztów wstępnych oraz
 - b) zakup jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (alokacja w fundusze).
- 18) „**Składka całkowita**” – suma składki podstawowej i składek

za umowy dodatkowe opłacanych odrębną składką. 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 dodatkowa**” – kwota wpłacana w dowolnych terminach na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, przeznaczona w całości na zakup jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych dopisywanych do rachunku głównego.

20) „**Składka lokacyjna**” – kwota wpłacana w dowolnych terminach na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, przeznaczona w całości na zakup jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych dopisywanych do rachunku lokacyjnego.

21) „**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.

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

23) „**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.

24) „**Wartość netto aktywów funduszu**” – wartość aktywów funduszu pomniejszona o wartość jego zobowiązań, ustalona na podstawie rzeczywistych cen rynkowych aktywów funduszu, według stanu na koniec poprzedniego dnia roboczego. Ubezpieczyciel dokonuje wyceny wartości netto aktywów funduszu w celu określenia ceny sprzedaży i ceny zakupu jednostki uczestnictwa. Wycena jest dokonywana w każdym dniu roboczym. Jeżeli dokonanie wyceny funduszu w powyższy sposób nie jest możliwe, wycena funduszu jest dokonywana na podstawie ostatnich znanych cen rynkowych aktywów funduszu i znanych wartości księgowych jego aktywów. Wyniki wyceny jednostki uczestnictwa funduszu są publikowane w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim.

25) „**Jednostka uczestnictwa**” – udział w aktywach funduszu; rozróżnia się:

- a) jednostki początkowe oraz
- b) jednostki zwykłe, czyli wszystkie pozostałe jednostki uczestnictwa.

26) „**Jednostka początkowa**” – jednostka uczestnictwa zakupiona:

- a) za alokowaną część każdej składki podstawowej, należnej w pierwszym roku polisowym,

b) za alokowaną część kwoty, o jaką wzrosła składka podstawowa, należna za okres roku, licząc od dnia podwyższenia składki (w tym także jej indeksacji).

27) „Cena sprzedaży” – cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel zbywa (umarza) jednostki uczestnictwa tego funduszu.

Jest ustalana, jako iloraz wartości netto aktywów funduszu według stanu na koniec poprzedniego dnia roboczego oraz liczby wszystkich jednostek uczestnictwa tego funduszu. Wynik tego dzielenia jest zaokrąglany z dokładnością do pięciu miejsc po przecinku.

28) „Cena zakupu” – cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel nabywa jednostki uczestnictwa tego funduszu na ryzyko Ubezpieczającego.

Jest ustalana przez Ubezpieczyciela w taki sposób, że różnica między ceną zakupu a ceną sprzedaży wynosi 5% ceny zakupu.

29) „Rachunek główny” – rachunek utworzony dla umowy głównej, do którego dopisuje się lub z którego odpisuje się:

a) jednostki początkowe i jednostki zwykłe, zakupione za odpowiednie części składek podstawowych i

b) jednostki zwykłe zakupione za składki dodatkowe.

30) „Rachunek lokacyjny” – odrębny rachunek utworzony dla umowy głównej, do którego dopisuje się lub z którego odpisuje się jednostki zwykłe zakupione za składki lokacyjne.

31) „Gwarantowana suma ubezpieczenia” – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, mieszcząca się w granicach wyznaczonych przez kwoty dolnej i górnej granicy zakresu sum ubezpieczenia, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.

32) „Wartość bazowa świadczenia” – wartość jednostek zwykłych zapisanych na rachunku głównym, powiększona o iloraz wartości jednostek początkowych i procentu (%) alokacji w fundusze właściwego dla roku polisowego, w którym pobiera się opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe lub w którym został zarejestrowany wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

Wartość bazowa świadczenia jest wyższa od wartości wykupu do 25. rocznicy polisy lub do najbliższej rocznicy polisy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat - w zależności od tego, która z tych rocznic przypada wcześniej.

33) „Dolna granica zakresu sumy ubezpieczenia” – minimalna możliwa dla danego Ubezpieczonego gwarantowana suma ubezpieczenia. Kwota ta wymieniona jest w dokumencie ubezpieczenia i może ulegać zmianie w czasie trwania umowy głównej w przypadkach określonych w Warunkach.

34) „Górna granica zakresu sumy ubezpieczenia” – maksymalna możliwa dla danego Ubezpieczonego gwarantowana suma ubezpieczenia. Kwota ta wymieniona jest w dokumencie ubezpieczenia i może ulegać zmianie w czasie trwania umowy głównej w przypadkach określonych w Warunkach.

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

36) „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 śmierć Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy głównej (dalej: zdarzenie ubezpieczeniowe).

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności, nie

wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej składki całkowitej.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególnie warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem umowy głównej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu umowy głównej na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
5. Przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej umowy ubezpieczenia na życie.

Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY GŁÓWNEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ

1. Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
2. Do zawarcia umowy głównej niezbędne jest:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, dokonane poprzez wypełnienie ankiety medycznej stanowiącej integralną część wniosku o ubezpieczenie,
 - b) zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie,
 - c) opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki całkowitej.
3. Przed zawarciem umowy głównej Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do:
 - a) udostępnienia dodatkowych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia,
 - b) poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. Przed zawarciem umowy głównej Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej gwarantowanej sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Zakres sumy ubezpieczenia jest określany we wniosku o ubezpieczenie, na podstawie płci i wieku Ubezpieczonego oraz wybranej wysokości składki podstawowej i częstotliwości opłacania składki całkowitej. Z tego zakresu Ubezpieczający wybiera gwarantowaną sumę ubezpieczenia. Zakres sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w wyniku oceny ryzyka ubezpieczeniowego. W polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel określa dolną i górną granicę zakresu sumy ubezpieczenia oraz gwarantowaną sumę ubezpieczenia, obowiązujące w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
6. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy głównej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO

Umowa główna może być zawarta jeżeli Ubezpieczony ukończył 13 lat i nie ukończył 56 lat.

Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ

Umowa główna 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 świadczeniu.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania umowy głównej wskazać innego Uposażonego lub innego Uposażonego Zastępczego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego albo 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 głównej Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokacji w fundusze części składki podstawowej, składki dodatkowej oraz lokacyjnej, zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego oraz zasadami określonymi w Warunkach i Tabeli limitów i opłat.
3. Ubezpieczyciel i osoby przez niego zatrudnione lub osoby, za pomocą których Ubezpieczyciel wykonuje czynności ubezpieczeniowe, są obowiązane 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 obowiązany jest do opłacania składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem umowy głównej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie a doręczeniem Ubezpieczającemu polisy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem umowy ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Jeżeli pomiędzy złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia a doręczeniem Ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego dokonanie tego podwyższenia zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub w innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed doręczeniem ww. dokumentu ubezpieczenia, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.
7. 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,
 - c) zmiany gwarantowanej sumy ubezpieczenia.

8. Informacje, o których mowa w ust. 7, powinny być przekazane Ubezpieczonemu pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - a) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub prawa dla niej właściwego – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 7 pkt a,
 - b) niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Ubezpieczyciela – w przypadku informacji, o których mowa w ust. 7 pkt b i c.
9. W przypadku nieprzekazania Ubezpieczonemu informacji, zgodnie z ust. 7 i 8, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
10. 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 lub obniżona na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela, na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej, po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.
3. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie składki podstawowej Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych i uzależnić podwyższenie tej składki od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Składka podstawowa może zostać obniżona:
 - a) począwszy od 2. 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 obowiązującej w dniu obniżenia,
 - c) tylko wówczas, gdy wartość wykupu, o której mowa w art. 30, obliczona na dzień akceptacji wniosku o obniżenie składki podstawowej, jest równa lub większa od kwoty rocznej sumy składek podstawowych, pomnożonej przez wskaźnik procentowy wskazany w Tabeli limitów i opłat; roczną sumę składek podstawowych oblicza się na podstawie wysokości składki podstawowej obowiązującej w dniu akceptacji wniosku o obniżenie składki podstawowej,
 - d) po upływie pięciu lat kalendarzowych od dnia ostatniego obniżenia.
5. Podwyższenie i obniżenie składki podstawowej powoduje zmianę zakresu sumy ubezpieczenia, a przez to może powodować zmianę gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
6. Nowa składka podstawowa obowiązuje od najbliższego terminu płatności składki całkowitej następującego po zaakceptowaniu wniosku o zmianę przez Ubezpieczyciela (dzień podwyższenia, dzień obniżenia). Ubezpieczyciel potwierdza zmianę wysokości składki podstawowej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od tego terminu płatności,
7. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o obniżenie lub podwyższenie składki podstawowej jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.
8. Zmiana wysokości składki podstawowej nie jest możliwa:
 - a) jeśli wiek Ubezpieczonego to 55 lat lub więcej,
 - b) w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.

Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Każda składka całkowita powinna wpłynąć na rachunek Ubezpieczyciela w terminie wskazanym w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności), począwszy od dnia rozpoczęcia

- odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
 3. W przypadku, gdy składka całkowita jest opłacona na bieżąco i przed kolejnym terminem płatności składki całkowitej zostanie zarejestrowana wpłata kwoty równej lub większej od tej składki całkowitej Ubezpieczyciel w najbliższym terminie płatności składki całkowitej pobierze z otrzymanej kwoty składkę całkowitą.
 4. Częstotliwość opłacania składki całkowitej ustala Ubezpieczający we wniosku o ubezpieczenie.
 5. Składka całkowita może być opłacana:
 - a) miesięcznie,
 - b) kwartalnie,
 - c) półrocznie,
 - d) rocznie.
 6. Ubezpieczający może w czasie trwania umowy głównej zmienić częstotliwość opłacania składki całkowitej w odrębnym wniosku. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela tego wniosku jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku.
 7. Termin dokonania zmiany częstotliwości opłacania składki całkowitej zależy od obowiązującej oraz nowo wybranej częstotliwości opłacania tej składki.
 8. Obowiązek opłacania składki całkowitej ustaje z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz w przypadku przekształcenia umowy głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Zawieszenie opłacania składki całkowitej (dalej: zawieszenie) następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, złożony na formularzu Ubezpieczyciela na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
2. Zawieszenie następuje na nie więcej niż 12 miesięcy.
3. Zawieszenie jest możliwe:
 - a) począwszy od 2. rocznicy polisy i po opłaceniu składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe,
 - b) tylko wówczas, gdy wartość wykupu, o której mowa w art. 30, obliczona na dzień akceptacji wniosku o zawieszenie, jest równa lub większa od kwoty rocznej sumy składek podstawowych, pomnożonej przez wskaźnik procentowy wskazany w Tabeli limitów i opłat; roczną sumę składek podstawowych oblicza się na podstawie wysokości składki podstawowej obowiązującej w dniu akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku Ubezpieczającego.
4. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zawieszenie jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
5. Okres zawieszenia rozpoczyna się od terminu płatności składki całkowitej, o którym mowa w ust. 1. Ubezpieczyciel potwierdza zawieszenie opłacania składki całkowitej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od tego terminu.
6. Okres zawieszenia opłacania składek całkowitych kończy się w terminie płatności składki całkowitej wskazanym przez Ubezpieczającego; jeżeli Ubezpieczający nie określi okresu zawieszenia, będzie to jednoznaczne z żądaniem zawieszenia opłacania składek całkowitych na 12 miesięcy (dalej: okres zawieszenia).
7. Kolejne zawieszenie możliwe jest po upływie pięciu lat od początku ostatniego okresu zawieszenia.
8. Ubezpieczający może skrócić okres zawieszenia. Wznowienie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego, począwszy od najbliższego terminu płatności składki całkowitej.

9. W okresie zawieszenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
10. Jeżeli w okresie zawieszenia wartość jednostek zwykłych zgromadzonych na rachunku głównym będzie niewystarczająca na pokrycie opłat za ryzyka ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, o których mowa w art. 19 i 24, dalsze trwanie umowy głównej będzie uzależnione od dokonania przez Ubezpieczającego jednorazowej wpłaty kwoty wskazanej przez Ubezpieczyciela. Do alokacji oraz do podziału między fundusze tej kwoty stosuje się postanowienia dotyczące składki dodatkowej.
11. Zawieszenie może spowodować wygaśnięcie umowy głównej w terminie krótszym niż zastrzeżony w art. 37 ust. 3. 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 DODATKOWA I SKŁADKA LOKACYJNA

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składki dodatkowej i lokacyjnej, od dnia doręczenia Ubezpieczającemu polisy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Składki dodatkowa i lokacyjna nie mogą być wpłacane w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
3. Minimalna wysokość składki dodatkowej i lokacyjnej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
4. Wpłacenie składki dodatkowej lub lokacyjnej nie uchyla obowiązku opłacania składek całkowitych oraz nie wpływa na wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
5. Z otrzymanej kwoty składki dodatkowej lub lokacyjnej, Ubezpieczyciel w pierwszej kolejności pobierze część lub całość najdawniej wymagalnej składki całkowitej.
6. Po zarejestrowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty składki dodatkowej lub lokacyjnej i akceptacji wniosku Ubezpieczającego dotyczącego alokacji tej składki, Ubezpieczyciel dopisze odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 17, liczbę jednostek zwykłych:
 - a) do rachunku głównego – w przypadku wpłaty składki dodatkowej,
 - b) do rachunku lokacyjnego – w przypadku wpłaty składki lokacyjnej.

Art. 14 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA

1. Gwarantowana suma ubezpieczenia jest wskazana w polisie i może ulec zmianie w czasie trwania umowy głównej zgodnie z Warunkami.
2. Podwyższenie i obniżenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i dostarczony najpóźniej na 30 dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
3. W przypadku podwyższenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych, i uzależnić podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel może zwrócić się do Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego o złożenie oświadczenia dotyczącego jego sytuacji finansowej, w formie wskazanej przez Ubezpieczyciela. Złożenie takiego oświadczenia jest wskazane w celu właściwego określenia potrzeb ubezpieczeniowych, wyznaczenia odpowiedniej gwarantowanej sumy ubezpieczenia, jak również prawidłowej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
4. Ubezpieczający ma prawo, bez podwyższania składki całkowitej i bez oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego, podwyż-

żyć gwarantowaną sumę ubezpieczenia, w ramach zakresu sumy ubezpieczenia, w przypadku:

- a) urodzenia dziecka przez Ubezpieczonego lub jego współmałżonka,
 - b) adopcji dziecka przez Ubezpieczonego,
 - c) zawarcia przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego.
- Wniosek o podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest złożyć z zachowaniem terminów wskazanych w ust. 3 i 7.
5. Zmiana gwarantowanej sumy ubezpieczenia nie jest możliwa w czasie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
 6. Jeżeli zdarzenie, o którym mowa w ust. 4, nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych, zmiana gwarantowanej sumy ubezpieczenia będzie obowiązywać nie wcześniej niż od pierwszego dnia następującego po zakończeniu tego zawieszenia.
 7. Ubezpieczający może skorzystać z prawa, o którym mowa w ust. 4, pod warunkiem przesłania Ubezpieczycielowi wniosku o podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia, w terminie 3 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia. Do wniosku należy dołączyć oryginał lub odpis właściwego dokumentu urzędowego, potwierdzającego zajście jednego ze zdarzeń wymienionych w ust. 4.
 8. Rozpatrzenie wniosku, o którym mowa w ust. 7, nastąpi w terminie 30 dni od dostarczenia Ubezpieczycielowi wskazanych dokumentów.
 9. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę wysokości gwarantowanej sumy ubezpieczenia jest wpłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
 10. Nowa gwarantowana suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia pobrania opłat za ryzyka ubezpieczeniowe w nowej wysokości albo w przypadku, gdy zmiana gwarantowanej sumy ubezpieczenia powoduje podwyższenie składki podstawowej, od dnia opłacenia składki całkowitej w nowej wysokości.
 11. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę gwarantowanej sumy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.

Art. 15 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ I GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA

1. Indeksacja jest to podwyższenie składki podstawowej w rocznicę polisy, bez konieczności poddania się przez Ubezpieczonego akceptacji dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego, 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. Indeksacja składki podstawowej powoduje podwyższenie o ten sam wskaźnik gwarantowanej sumy ubezpieczenia i górnej granicy zakresu sumy ubezpieczenia. Dolna granica zakresu sumy ubezpieczenia nie podlega indeksacji.
2. Jeżeli wskaźnik wzrostu cen towarów i usług opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny jest mniejszy niż 3%, to wskaźnik indeksacji jest równy 3%.
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. Indeksacja nie jest dokonywana:
 - a) gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 dni przed rocznicą polisy,
 - b) po przekształceniu umowy głównej w ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji składki podstawowej i gwarantowanej sumy ubezpieczenia najpóźniej w terminie 30 dni przed rocznicą polisy.
6. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył Ubezpieczycielowi pisemnego

oświadczenia o rezygnacji z indeksacji w terminie, o którym mowa w ust. 4 pkt a, strony ustalają, że oznacza to wyrażenie przez Ubezpieczającego zgody na indeksację.

Art. 16 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. Celem inwestycyjnym funduszy jest wzrost ich aktywów.
3. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia jednostek uczestnictwa, powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy zachowaniu warunku, że operacja ta nie wpłynie na całkowitą wartość funduszu.

Art. 17 ALOKACJA SKŁADEK W FUNDUSZE

1. Część składki podstawowej należnej w pierwszym roku polisowym, wskazana w Tabeli limitów i opłat, podlega alokacji w fundusze. Składki należne w kolejnych latach polisowych podlegają alokacji w fundusze w całości (100%), z zastrzeżeniem ust. 9.
2. Składka dodatkowa i lokacyjna są alokowane w fundusze w 100%.
3. Ubezpieczający określa podział alokowanej części składki podstawowej, składki dodatkowej i lokacyjnej pomiędzy fundusze oferowane przez Ubezpieczyciela (podział pomiędzy fundusze).
4. W przypadku składki podstawowej Ubezpieczający dokonuje podziału pomiędzy fundusze we wniosku o ubezpieczenie. Ubezpieczający może zmienić ten podział dla następnej składki podstawowej w odrębnym wniosku.
5. Składka podstawowa podlegająca alokacji w fundusze a stanowiąca część zaległej składki całkowitej, której wpłata zostanie zarejestrowana po dniu akceptacji wniosku o zmianę podziału składki podstawowej pomiędzy fundusze, będzie alokowana zgodnie z nowym, zmienionym podziałem tej składki pomiędzy fundusze.
6. W przypadku składki dodatkowej lub lokacyjnej Ubezpieczający określa podział między fundusze w odrębnym wniosku.
7. Ubezpieczyciel dopisuje do rachunku głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia alokowanej części składki podstawowej przez cenę zakupu z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki całkowitej i nie wcześniej, niż w terminie płatności tej składki.
Jeśli wpłata składki całkowitej została zarejestrowana po terminie płatności tej składki, to dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje w dniu najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa przypadającym bezpośrednio po dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty tej składki.
8. Ubezpieczyciel dopisuje odpowiednio do rachunku głównego lub do rachunku lokacyjnego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia każdej składki dodatkowej albo lokacyjnej przez cenę zakupu z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po późniejszym z dni:
 - a) rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki dodatkowej albo lokacyjnej,
 - b) zaakceptowaniu wniosku dotyczącego podziału tej składki pomiędzy fundusze.
9. W przypadku podwyższenia składki podstawowej kwota, o jaką wzrosła składka podstawowa, należna przez okres roku od dnia podwyższenia, podlega alokacji w fundusze zgodnie z Tabelą limitów i opłat.
10. W przypadku zaliczenia składki dodatkowej, lokacyjnej lub ich części na poczet wymagalnych składek całkowitych, odpowiednia kwota zostanie alokowana w fundusze zgodnie z obowiązują-

jącym dla składki podstawowej podziałem pomiędzy fundusze. Pozostała część składki dodatkowej lub lokacyjnej zostanie alokowana w fundusze zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego z wniosku dotyczącego podziału składki dodatkowej lub lokacyjnej pomiędzy fundusze, o ile będzie większa lub równa minimalnej składce dodatkowej lub lokacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat.

11. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do rachunku głównego i rachunku lokacyjnego jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.

Art. 18 PRZENIESIENIE MIĘDZY FUNDUSZAMI

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć dyspozycję sprzedaży jednostek uczestnictwa jednego funduszu i alokacji uzyskanej w ten sposób kwoty w inny fundusz, a w związku z tym do odpisania określonej liczby jednostek uczestnictwa tego funduszu i dopisania określonej liczby jednostek uczestnictwa innego funduszu do rachunku głównego albo do rachunku lokacyjnego (przeniesienie). Nie jest możliwe dopisanie do rachunku lokacyjnego jednostek uczestnictwa dopisanych wcześniej do rachunku głównego i odwrotnie.
2. Sprzedaż jednostek uczestnictwa, o której mowa w ust. 1, następuje po cenie sprzedaży, ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu akceptacji wniosku dotyczącego przeniesienia. Alokacja w inny fundusz następuje po cenie sprzedaży jego jednostki uczestnictwa, ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej najpóźniej 4. dnia roboczego po dniu akceptacji wniosku dotyczącego przeniesienia.

Art. 19 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

1. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek zwykłych jest umarzana i w związku z tym odpisywana z rachunku głównego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (dalej: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe) za ten miesiąc polisowy. Jednostki zwykłe zostaną odpisane po cenie sprzedaży z ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa przypadającej przed pobraniem opłaty.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej pobierana jest przez cały czas trwania tej umowy, chyba, że wartość bazowa świadczenia przekracza lub jest równa aktualnej gwarantowanej sumie ubezpieczenia.
3. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej jest obliczana jako iloczyn:
 - a) różnicy pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia a wartością bazową świadczenia w dniu pobrania tej opłaty (dalej: podstawa obliczania); w przypadku odroczonego poboru opłat, opłaty pozostające do pobrania powiększają podstawę obliczania
 - 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:
 - narzut na wartości rocznego prawdopodobieństwa śmierci wymieniony w Tabeli limitów i opłat, uzależniony od płci i wieku Ubezpieczonego w momencie pobierania opłaty,
 - wartość ułamka wyrażającego prawdopodobieństwo śmierci Ubezpieczonego zaokrągloną w górę i wyznaczoną z dokład-

nością 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 prawdopodobieństwa śmierci wskazana w Tabeli limitów i opłat,

- szczególnie warunki umowy głównej.

Art. 20 OPŁATA ZA KOSZTY WSTĘPNE

1. Opłata za koszty wstępne jest pobierana na pokrycie kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia i podwyższeniem składki podstawowej.
2. Opłata za koszty wstępne związane z:
 - a) zawarciem umowy ubezpieczenia – jest pobierana z każdej składki podstawowej należnej w pierwszym roku polisowym,
 - b) podwyższeniem składki podstawowej, w tym z indeksacją – jest pobierana z kwoty, o jaką wzrosła składka podstawowa, należna przez okres roku od dnia podwyższenia.
3. Część składki podstawowej, która nie podlega alokacji zgodnie z art. 17 stanowi opłatę za koszty wstępne. Część składki podstawowej przeznaczona na koszty wstępne jest ustalana według wzoru:
 - 1 – procent (%) alokacji w fundusze wskazany w Tabeli limitów i opłat.
4. Kwota, o jaką wzrosła składka podstawowa należna przez okres roku od dnia podwyższenia nie podlegająca alokacji zgodnie z art. 17 stanowi opłatę za koszty wstępne. Wysokość tej opłaty jest ustalana według wzoru:
 - 1 – procent (%) alokacji w fundusze wskazany w Tabeli limitów i opłat.
5. Opłata za koszty wstępne nie jest pobierana, począwszy od:
 - a) 25. rocznicy polisy,
 - b) najbliższej rocznicy polisy po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 lat
 - w zależności od tego, która z tych rocznic przypada wcześniej.

Art. 21 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM

1. Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę z tytułu zarządzania funduszem, 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 aktywów 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. 22 OPŁATA ZA PRZENIESIENIE MIĘDZY FUNDUSZAMI

1. W roku polisowym Ubezpieczający ma prawo dokonać jednego przeniesienia bez konieczności poniesienia opłaty. Każde następne przeniesienie w tym roku polisowym podlega opłacie wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
2. Opłata za przeniesienie jest pobierana poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku głównym albo odpowiedniej liczby jednostek zwykłych zapisanych na rachunku lokacyjnym, w zależności od tego, którego rachunku dotyczy przeniesienie. W obu przypadkach jednostki uczestnictwa zostaną odpisane po cenie sprzedaży z ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa przypadającej przed pobraniem opłaty.

Art. 23 OPŁATA MANIPULACYJNA ZA WYPŁATĘ Z RACHUNKU GŁÓWNEGO I LOKACYJNEGO

1. Wypłata z rachunku głównego i wypłata z rachunku lokacyj-

nego podlegają opłacie manipulacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat.

2. Opłata manipulacyjna jest pobierana poprzez umorzenie jednostek zwykłych zapisanych, odpowiednio, na rachunku głównym albo na rachunku lokacyjnym. W obu przypadkach jednostki uczestnictwa zostaną odpisane po cenie sprzedaży z ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa przypadającej przed pobraniem opłaty.

Art. 24 OPŁATA ADMINISTRACYJNA

1. Ubezpieczyciel pobiera opłatę administracyjną za obsługę i administrowanie umową ubezpieczenia w czasie jej trwania. Stawka opłaty administracyjnej jest wskazana w Tabeli limitów i opłat.
2. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek zwykłych jest umarzana i w związku z tym odpisywana z rachunku głównego na poczet opłaty administracyjnej za ten miesiąc polisowy. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane po cenie sprzedaży z ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa przypadającej przed pobraniem opłaty.

Art. 25 METODA INDEKSACJI OPŁAT

1. Opłaty wymienione w art. 22-24 mogą być indeksowane 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 informację o dokonaniu indeksacji opłat łącznie z informacją dotyczącą indeksacji składki podstawowej i gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o której mowa w art. 15 ust. 5.

Art. 26 ODROZONY POBÓR OPŁAT

1. Jeżeli wartość jednostek zwykłych zapisanych na rachunku głównym jest niewystarczająca do pobrania opłat za ryzyka ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, to opłaty te zostaną pobrane, gdy do rachunku głównego zostaną dopisane nowe jednostki uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Należne, a niepobrane opłaty za ryzyka ubezpieczeniowe i opłaty administracyjne zostaną pobrane przez umorzenie jednostek początkowych wyłącznie w przypadku wypłaty wartości wykupu w związku z rozwiązaniem albo wygaśnięciem umowy głównej.

Art. 27 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT

Jeżeli do rachunku głównego dopisane zostały jednostki uczestnictwa różnych funduszy, to liczba jednostek uczestnictwa odpisywana na pokrycie opłat za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty

administracyjnej, wymienionych w art. 19 i 24, jest obliczana proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego funduszu, zapisanych na rachunku głównym.

Art. 28 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć dyspozycję sprzedaży części jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku głównym, począwszy od 2. rocznicy polisy i pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych za 2 lata polisowe. (dalej: wypłata z rachunku głównego). Umorzenie jednostek uczestnictwa następuje proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego z funduszy zapisanych na rachunku głównym.
2. Wypłata z rachunku głównego powoduje odpisanie odpowiedniej liczby jednostek zwykłych według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po dniu akceptacji wniosku o wypłatę.
3. Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od kwoty wskazanej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu akceptacji wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie nie może być większa od kwoty ustalonej na podstawie postanowień ust. 5.
4. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o wypłatę z rachunku głównego jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
5. Po dokonaniu wypłaty wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku głównym, pomniejszona o wartość jednostek początkowych, nie może być mniejsza od rocznej sumy składek podstawowych. Roczna suma składek podstawowych oblicza się na podstawie wysokości składki podstawowej obowiązującej w dniu otrzymania wniosku.

W przypadku ubezpieczenia bezskładkowego ww. roczna suma składek podstawowych obliczana jest na podstawie wysokości składki podstawowej obowiązującej w ostatnim dniu przed dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż maksymalna możliwa, Ubezpieczyciel wypłaci maksymalną dostępną kwotę.
6. Wypłata z rachunku głównego powoduje obniżenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz górnej granicy zakresu sumy ubezpieczenia o równowartość wypłaty z rachunku głównego, nie więcej jednak niż do dolnej granicy zakresu sumy ubezpieczenia.
7. Wypłata z rachunku głównego nie jest możliwa w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
8. Kolejna wypłata z rachunku głównego może nastąpić nie wcześniej, niż po upływie 12 miesięcy od dnia dokonania poprzedniej wypłaty.
9. Wypłata z rachunku głównego zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.
10. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie wypłaty dokumentem ubezpieczenia.
11. Wypłata z rachunku głównego może spowodować wygaśnięcie umowy głównej w terminie krótszym niż zastrzeżony w art. 37 ust. 3.

Art. 29 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć dyspozycję sprzedaży jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku lokacyjnym (dalej: wypłata z rachunku lokacyjnego). Jeżeli Ubezpieczający nie określił funduszu, którego jednostki uczestnictwa mają zostać umorzone, Ubezpieczyciel umorzy jednostki uczestnictwa proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego z funduszy zapisanych na rachunku lokacyjnym.

2. Wypłata z rachunku lokacyjnego powoduje odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po dniu akceptacji wniosku o wypłatę.
3. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku lokacyjnym, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę stanowiącą równowartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku lokacyjnym, pomniejszoną o opłatę manipulacyjną.
4. Minimalna wypłata z rachunku lokacyjnego określona jest w Tabeli limitów i opłat.
5. Wypłata wartości jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku lokacyjnym nastąpi automatycznie, z chwilą wypłaty wartości wykupu lub nie później niż w terminie 30 dni od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej. Wysokość tej kwoty oblicza się według stanu z dnia, ustalonego na zasadach wskazanych w art. 30 ust. 1.
6. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego, nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.

Art. 30 WARTOŚĆ WYKUPU

1. Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu na wcześniejszy z dni (dalej: dzień rozliczenia):
 - a) dzień rozwiązania umowy głównej na skutek nieopłacenia składek – tj. 60. dzień od dnia, w którym nie została wpłacona pierwsza zaległa składka całkowita, albo 30. dzień po upływie okresu zawieszenia, jeśli Ubezpieczający nie podejmie opłacania składek całkowitych, albo
 - b) dzień rozwiązania umowy głównej na wniosek Ubezpieczającego albo
 - c) dzień rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona albo
 - d) dzień wygaśnięcia umowy głównej wskazany w art. 37 ust. 3 albo
 - e) dzień wygaśnięcia umowy ubezpieczenia bezskładkowego wskazany w art. 37 ust. 4.
2. W przypadkach wskazanych w ust. 1 wartość wykupu jest to wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku głównym według stanu na dzień rozliczenia, obliczona według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po tym dniu.
3. Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu poczynając od 2. rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych za 2 lata polisowe, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. W przypadku rozwiązania umowy głównej przed 2. rocznicą polisy Ubezpieczający ma prawo do wypłaty wartości jednostek uczestnictwa zakupionych za składki dodatkowe, obliczonej według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rozwiązania umowy głównej.
5. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu opłaconej składki za umowę dodatkową opłacaną odrębną składką za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. Wypłata wartości wykupu nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od rozwiązania umowy głównej. Zwrot odpowiedniej części składki za umowę dodatkową opłacaną odrębną składką następuje łącznie z wypłatą wartości wykupu albo niezależnie, nie później niż w terminie 30 dni od rozwiązania albo wygaśnięcia umowy głównej.
7. Wypłata wartości wykupu lub zwrot odpowiedniej części składki za umowę dodatkową opłacaną odrębną składką zostaną dokonane na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

Art. 31 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Umowa główna może zostać przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego po 2. rocznicy polisy, jeżeli jej wartość wykupu jest przynajmniej równa minimalnej wartości wykupu i pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych za 2 lata polisowe.
Minimalna wartość wykupu dla przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest wskazana w obowiązującej Tabeli limitów i opłat (dalej: minimalna wartość wykupu).
Wysokość wartości wykupu oblicza się i porównuje z minimalną wartością wykupu według stanu na dzień rozliczenia, wskazany w art. 30 ust. 1.
2. Przekształcenie odbywa się (dalej: dzień przekształcenia):
 - a) na wniosek Ubezpieczającego, zgodnie z datą podaną w tym wniosku, nie wcześniej jednak niż w najbliższym terminie płatności,
 - b) w sposób automatyczny, w dniu rozliczenia wskazanym w art. 30 ust. 1 pkt a.
3. Warunkiem rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt a, jest wpłacenie wszystkich zaległych składek całkowitych, najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
4. Ubezpieczający wybiera we wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt a, jeden z dwóch wariantów umowy ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) wariant A – gwarantowana suma ubezpieczenia oraz dolna i górna granica zakresu sumy ubezpieczenia są równe aktualnej wartości wykupu, przy czym z dniem przekształcenia:
 - wygasają umowy dodatkowe opłacane odrębną składką,
 - Ubezpieczyciel przestaje pobierać opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe
 albo
 - b) wariant B – gwarantowana suma ubezpieczenia pozostaje bez zmian, przy czym dolna i górna granica zakresu sumy ubezpieczenia są równe gwarantowanej sumie ubezpieczenia; z dniem przekształcenia wygasają umowy dodatkowe opłacane odrębną składką.
5. W wyniku przekształcenia w sposób automatyczny powstaje umowa ubezpieczenia bezskładkowego w wariantcie B.
6. Na wniosek Ubezpieczającego umowa ubezpieczenia bezskładkowego w wariantcie B może zostać zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego w wariantcie A. Zmiana umowy ubezpieczenia bezskładkowego w wariantcie A na umowę ubezpieczenia bezskładkowego w wariantcie B nie jest możliwa.
7. Przekształcenie nie jest możliwe w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
8. W czasie trwania umowy ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczający ma prawo wpłacania składek dodatkowych i składek lokacyjnych oraz dokonywania wypłat z rachunku głównego i lokacyjnego.
9. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie przekształcenia dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od dnia przekształcenia.

Art. 32 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania umowy głównej Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę większej wartości spośród:
 - a) gwarantowanej sumy ubezpieczenia określonej w dokumencie ubezpieczenia
 - albo
 - b) wartości bazowej świadczenia - obliczonej według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego,

- powiększonej o wartość jednostek uczestnictwa zapisanych na rachunku lokacyjnym, obliczoną według ceny sprzedaży z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu 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.
- 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 nie sumujących się do 100% Ubezpieczyciel ustali wysokość udziałów proporcjonalnie do udziałów oznaczonych przez Ubezpieczonego.
- Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego Uposażony nie żyje, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia, należną jemu część świadczenia otrzymują pozostali Uposażeni, w proporcji wynikającej z zapisu w dokumencie ubezpieczenia.
 - Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed śmiercią Ubezpieczonego, świadczenie otrzymują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady podanej w ust. 2 i 3.
 - Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed śmiercią Ubezpieczonego i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:
 - małżonek,
 - dzieci,
 - wnuki,
 - rodzice,
 - rodzeństwo,
 - dzieci rodzeństwa.
 - 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.
 - W przypadku braku osób wymienionych w ust. 5, uprawnionych do świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.

Art. 33 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

- Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
- Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - urzędowym dokumentem potwierdzającym datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - 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 Ubezpieczyciela.
- Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby, z zachowaniem należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia

odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

- 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. 34 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - aktów terroryzmu,
 - czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
- Jeśli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okolicznościach, w których wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 30.

Art. 35 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

- Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy głównej w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni, licząc od dnia otrzymania polisy (zawarcia umowy głównej).
- Do oświadczenia o odstąpieniu od umowy głównej Ubezpieczający powinien dołączyć dokument potwierdzający dzień otrzymania polisy.

Art. 36 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ

- 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.
- Z zastrzeżeniem ust. 3 umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 60 dni od dnia, w którym nie została wpłacona pierwsza zaległa składka całkowita.
- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli Ubezpieczający nie podejmie opłacania składek całkowitych w ciągu 30 dni po upływie okresu zawieszenia opłacania składek całkowitych.
- Złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy głównej.

Art. 37 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

- W przypadku śmierci Ubezpieczonego umowa główna wygasa z chwilą wypłaty świadczenia.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, umowa główna wygasa:

- a) z chwilą wypłaty kwot należnych z tytułu umowy innych niż świadczenie albo
 - b) z dniem śmierci Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do wypłaty żadnej kwoty z tytułu umowy.
3. Umowa główna, wygasa z dniem, w którym wartość obliczona jako różnica pomiędzy wartością wykupu a wartością należnych a niepobranych opłat za ryzyka ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, o których mowa w art. 19 oraz w art. 24, będzie mniejsza lub równa zero. O wygaśnięciu umowy głównej Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego na piśmie. Wygaśnięcie umowy w tym trybie jest możliwe najwcześniej po 5. rocznicy polisy.
4. Umowa ubezpieczenia bezskładkowego wygasa z dniem, w którym liczba jednostek zwykłych na rachunku głównym jest niewystarczająca do pobrania należnych opłat za ryzyka ubezpieczeniowe oraz opłaty administracyjnej, wskazanych w art. 19 oraz w art. 24.

Art. 38 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.39) 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. 33 ust. 4.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 43 ust. 2.

Art. 39 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. 38. 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. Wniosek ten może być ponownie poddany akceptacji po jego uzupełnieniu lub poprawieniu i jest wtedy traktowany jako nowy wniosek (dyspozycja).
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. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny

podany przez adresata korespondencji. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela mogą być również przesyłane drogą elektroniczną na wskazany przez adresata korespondencji adres e-mail lub numer telefonu komórkowego.

5. O ile poszczególne postanowienia Warunków lub ogólnych warunków ubezpieczenia umowy dodatkowej nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach lub w ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej 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, szpitalach, 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. 40 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. 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. 41 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. 42 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 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 głównej.
4. W przypadku wskazanym w art. 25 stawki opłat są zmieniane uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.

Art. 43 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa główna zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego, a w szczególności przepisom ustawy o działalności ubezpieczeniowej i Kodeksu cywilnego.
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. 44 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 OWU/FIR0/2/2011

Art. 1 DEFINICJE	3
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	4
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY GŁÓWNEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ	4
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO	4
Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ	4
Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH I UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH	5
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	5
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	5
Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA	5
Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	5
Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ	6
Art. 13 SKŁADKA DODATKOWA I SKŁADKA LOKACYJNA	6
Art. 14 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA	6
Art. 15 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ I GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA	7
Art. 16 RODZAJE I CEL FUNDUSZY	7
Art. 17 ALOKACJA SKŁADEK W FUNDUSZE	7
Art. 18 PRZENIESIENIE MIĘDZY FUNDUSZAMI	8
Art. 19 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE	8
Art. 20 OPŁATA ZA KOSZTY WSTĘPNE	8
Art. 21 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM	8
Art. 22 OPŁATA ZA PRZENIESIENIE MIĘDZY FUNDUSZAMI	8
Art. 23 OPŁATA MANIPULACYJNA ZA WYPŁATĘ Z RACHUNKU GŁÓWNEGO I LOKACYJNEGO	
Art. 24 OPŁATA ADMINISTRACYJNA	9
Art. 25 METODA INDEKSACJI OPŁAT	9
Art. 26 ODROZCZONY POBÓR OPŁAT	9
Art. 27 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT	9
Art. 28 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO	9
Art. 29 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO	9
Art. 30 WARTOŚĆ WYKUPU	10
Art. 31 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE	10
Art. 32 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	10
Art. 33 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	11
Art. 34 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	11
Art. 35 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ	11
Art. 36 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	11
Art. 37 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ	11
Art. 38 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	12
Art. 39 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	12
Art. 40 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	12
Art. 41 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	12
Art. 42 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIA	12
Art. 43 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	13
Art. 44 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	13

