

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE  
Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ  
**PEWNY ZYSK**

OWU/ESP0/1/2008



# OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ PEWNY ZYSK NR OWU/ESP0/1/2008

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: ESP0 i są jej integralną częścią.

## Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym ze składką jednorazową nr OWU/ESP0/1/2008 (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy, poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) „**Ubezpieczyciel**” - ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A.
- 2) „**Ubezpieczający**” - osoba fizyczna, która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem.
- 3) „**Ubezpieczony**” - osoba, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, będąca jednocześnie Ubezpieczającym.
- 4) „**Uposażony**” - osoba wskazana przez Ubezpieczonego, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 5) „**Umowa ubezpieczenia**”, „**Umowa główna**” - umowa Ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym ze składką jednorazową, oznaczona kodem ESP0.
- 6) „**Dokument ubezpieczenia**” - dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.
- 7) „**Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności**” - określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia.
- 8) „**Rocznica polisy**” - każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 9) „**Rok polisowy**” - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 10) „**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.
- 11) „**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.
- 12) „**Dzień roboczy**” - dzień tygodnia z wyjątkiem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy.
- 13) „**Składka podstawowa**” - kwota wpłacana jednorazowo w euro po złożeniu wniosku o ubezpieczenie, przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa, podlegająca alokacji w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe na zasadach określonych w Warunkach.
- 14) „**Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy**” - wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela (dalej: fundusz).
- 15) „**Fundusz bezpieczny**” - jeden z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych o niskim ryzyku inwestycyjnym, pozostający aktualnie w ofercie Ubezpieczyciela, wskazany w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminie lokowania środków.
- 16) „**Jednostka uczestnictwa**” - część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 17) „**Rachunek jednostek uczestnictwa**” - rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy ubezpieczenia, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składkę podstawową (dalej: rachunek główny).
- 18) „**Cena jednostki uczestnictwa**” - cena jednostki uczestnic-

stwa funduszu, po której Ubezpieczyciel dopisuje i odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego.

- 19) „**Okres gwarancyjny**” - okres, wskazany w dokumencie ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel, w razie śmierci Ubezpieczonego, wypłaci świadczenie obliczone z uwzględnieniem minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu śmierci.
- 20) „**Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci**” - kwota stosowana do obliczenia, na zasadach wskazanych w Warunkach, świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarancyjnym.
- 21) „**Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia**” - kwota stosowana do obliczenia, na zasadach wskazanych w Warunkach, świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu gwarancyjnego.
- 22) „**Wartość wykupu**” - kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w Warunkach.
- 23) „**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 Ubezpieczonemu wraz z Warunkami.
- 24) „**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 Ubezpieczonemu wraz z Warunkami.
- 25) „**Przedstawiciel**” - osoba wykonująca na rzecz Ubezpieczyciela czynności agencyjne w zakresie pośrednictwa ubezpieczeniowego dotyczącego umowy ubezpieczenia.

## Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, które zaszły w trakcie trwania umowy ubezpieczenia:
  - a) śmierć Ubezpieczonego w okresie gwarancyjnym,
  - b) śmierć Ubezpieczonego po upływie okresu gwarancyjnego,
  - c) dożycie przez Ubezpieczonego końca okresu gwarancyjnego.

## 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 tej 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 Ubezpieczonego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie).
2. Do zawarcia umowy ubezpieczenia niezbędne jest:
  - a) przyjęcie przez Przedstawiciela podpisanego przez Ubezpieczonego wniosku o ubezpieczenie,
  - b) opłacenie przez Ubezpieczonego składki podstawowej w wysokości nie mniejszej niż minimalna wysokość składki podstawowej wskazana w Tabeli limitów i opłat.
3. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą w dniu określonym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności.

#### **Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO.**

##### **CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 71 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

#### **Art. 6 OKRES GWARANCYJNY**

1. Pierwszy okres gwarancyjny rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela. Okres ten może trwać 5, 10 albo 15 lat. Ubezpieczony wskazuje czas trwania okresu gwarancyjnego we wniosku o ubezpieczenie.
2. Okres gwarancyjny nie może trwać dłużej niż do rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po 75 urodzinach Ubezpieczonego.
3. Na 30 dni przed końcem okresu gwarancyjnego Ubezpieczyciel może, ale nie jest zobowiązany, przekazać Ubezpieczonemu informację o możliwości ustanowienia kolejnego okresu gwarancyjnego na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.
4. Przed końcem okresu gwarancyjnego Ubezpieczonemu przysuguje uprawnienie do wyboru jednej z poniższych opcji:
  - a) kontynuowanie umowy ubezpieczenia i ustanowienie kolejnego okresu gwarancyjnego, z zachowaniem postanowień ust. 2 i 3,
  - b) wypłata świadczenia z tytułu dożycia końca okresu gwarancyjnego w przypadku określonym w art. 24 ust. 2 pkt a,
  - c) kontynuowanie umowy ubezpieczenia bez okresu gwarancyjnego.
- Jeżeli na 10 dni przed końcem okresu gwarancyjnego Ubezpieczony nie poinformuje Ubezpieczyciela o wyborze jednej z powyższych opcji, umowa ubezpieczenia będzie kontynuowana bez okresu gwarancyjnego.
5. W przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia bez okresu gwarancyjnego, Ubezpieczony ma prawo wybrać jeden z okresów gwarancyjnych pozostających aktualnie w ofercie Ubezpieczyciela. Ustanowienie kolejnego okresu gwarancyjnego odbywa się na podstawie wniosku Ubezpieczonego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela, najpóźniej na 15 dni przed początkiem każdego kolejnego miesiąca polisowego.
6. Kolejny okres gwarancyjny rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
7. W przypadku ustanowienia kolejnego okresu gwarancyjnego wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym stanowi podstawę do określenia minimalnego świadczenia z tytułu śmierci i minimalnego świadczenia z tytułu dożycia, z zachowaniem postanowień art. 12 ust. 3.
8. Ubezpieczyciel potwierdza w formie pisemnej ustanowienie kolejnego okresu gwarancyjnego i informuje o aktualnej wysokości minimalnego świadczenia z tytułu śmierci i minimalnego świadczenia z tytułu dożycia.

#### **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, zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

#### **Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA**

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel jest zobowiązany do alokacji składki podstawowej 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 UBEZPIECZONEGO**

1. Ubezpieczony 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 Ubezpieczony zobowiązany jest do udzielania zgodnych z prawdą informacji.

#### **Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA**

1. Składka podstawowa jest wpłacana przez Ubezpieczonego 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 zarejestrowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty składki podstawowej, Ubezpieczyciel dopisze do rachunku głównego odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 14, liczbę jednostek uczestnictwa.

#### **Art. 11 FUNDUSZE**

1. Ubezpieczony 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 Ubezpieczonego o likwidacji funduszu.
6. Ubezpieczony, 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 Ubezpieczony nie złoży w powyższym terminie wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa, Ubezpieczyciel dokona przeniesienia jednostek uczestnictwa z likwidowanego funduszu do funduszu bezpiecznego pozostającego aktualnie w ofercie Ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel nie zrealizuje dyspozycji Ubezpieczonego, które

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

#### **Art. 12 FUNDUSZ BEZPIECZNY**

1. Przynajmniej 20% składki podstawowej jest alokowane do funduszu bezpiecznego.
2. Po dokonaniu w okresie gwarancyjnym:
  - a) przeniesienia jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami,
  - b) wypłaty z rachunku głównego,
  - c) wypłaty z rachunku głównego niepodlegającej opłacie likwidacyjnej,
    - wartość jednostek funduszu bezpiecznego w dalszym ciągu musi stanowić przynajmniej 20% wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym. Jeśli warunek ten nie jest spełniony, Ubezpieczyciel przeniesie odpowiednią liczbę jednostek uczestnictwa do funduszu bezpiecznego.
3. W przypadku, gdy w okresie gwarancyjnym wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu bezpiecznym będzie niższa niż 20% wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym Ubezpieczyciel ma prawo do przeniesienia jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami w taki sposób, aby wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych w funduszu bezpiecznym była nie niższa niż 20% wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym.
4. Przeniesienie jednostek uczestnictwa przez Ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 2 i 3, dokonywane jest poprzez proporcjonalne odpisanie jednostek uczestnictwa z pozostałych funduszy i dopisanie ich do funduszu bezpiecznego, z zachowaniem zasad, o których mowa w art. 15.

#### **Art. 13 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA**

1. Wartość funduszu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań w dniu wyceny.
2. Ubezpieczyciel ma prawo odjąć od wartości funduszu wszystkie koszty bezpośrednio związane z zakupem, sprzedażą aktywów oraz obsługą tego funduszu.
3. 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 jednostek w 1. dniu roboczym następującym po ustaniu przeszkody.

#### **Art. 14 ALOKACJA SKŁADKI**

1. Składka podstawowa podlega alokacji w fundusze.
2. Fundusze, w które ma być alokowana składka podstawowa, Ubezpieczony wskazuje we wniosku o ubezpieczenie, z zachowaniem postanowień art. 12 ust. 1. We wniosku tym Ubezpieczony określa także procentowy podział składki podstawowej pomiędzy te fundusze, przy czym dyspozycja Ubezpieczonego obejmuje łącznie 100% składki podstawowej.
3. Ubezpieczyciel dopisuje do rachunku głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia odpowiedniego procentu składki podstawowej przez cenę jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu, obowiązującą nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki podstawowej.

Dopisanie jednostek uczestnictwa do rachunku głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wpłaty składki podstawowej.
4. Liczba jednostek uczestnictwa dopisywanych do rachunku głównego jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.

#### **Art. 15 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA**

1. Ubezpieczony ma prawo przenieść jednostki uczestnictwa z jednego funduszu do innego funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem postanowień art. 12. ust. 2-4. Przeniesienie jednostek uczestnictwa polega na odpisaniu jednostek uczestnictwa z funduszu według ceny jednostki uczestnictwa tego funduszu i następnie na dopisaniu odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa do innego funduszu według ceny jednostki uczestnictwa tego funduszu.
2. Odpisanie i dopisanie jednostek uczestnictwa dokonywane jest według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później niż w 6. dniu roboczym od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa.

#### **Art. 16 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE**

1. Na początku miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej dotyczącej śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarancyjnym oraz dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu gwarancyjnego (dalej: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe).
  2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest należna w czasie trwania okresu gwarancyjnego i jest określona jako procent od wartości aktywów funduszu zgromadzonych na rachunku głównym, który wskazany jest w Tabeli limitów i opłat.
  3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest codziennie oraz pobierana za poprzedni miesiąc polisowy na początku następnego miesiąca polisowego. Pobranie opłaty następuje poprzez odpisanie z rachunku głównego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z każdego funduszu.

Przed wypłatą z rachunku głównego, przeniesieniem jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami, wypłatą wartości wykupu oraz w przypadku wypłaty z tytułu dożycia końca okresu gwarancyjnego Ubezpieczyciel pobiera część opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe należnej za dany miesiąc polisowy do dnia zrealizowania wypłaty lub przeniesienia jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami. Pozostała należna część tej opłaty jest pobierana na początku następnego miesiąca polisowego.

Jeżeli w dniu pobierania opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe nie ma wystarczającej do pobrania opłaty liczby jednostek uczestnictwa funduszu, od którego aktywów opłata została naliczona, będzie ona pobrana z pozostałych funduszy proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa tych funduszy.
4. Ubezpieczony nabywa prawo do zwrotu pobranej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej. Zwrot pobranej opłaty, następuje łącznie z wypłatą wartości wykupu, o której mowa w art. 21, albo niezależnie nie później niż w terminie 30 dni od rozwiązania albo wygaśnięcia umowy ubezpieczenia.

#### **Art. 17 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZAMI**

1. Po odjęciu kosztów, o których mowa w art. 13 ust. 2, Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę z tytułu zarządzania 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. 18 OPŁATA LIKWIDACYJNA**

Opłacie likwidacyjnej podlega wypłata z rachunku głównego oraz wypłata wartości wykupu, z zastrzeżeniem postanowień art. 20.

Wysokość opłaty likwidacyjnej, określona jako procent odpisywanych na poczet wypłaty jednostek uczestnictwa, jest wskazana w Tabeli limitów i opłat.

#### Art. 19 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO

- Po upływie 2. roku każdego okresu gwarancyjnego oraz w dowolnym momencie po zakończeniu okresu gwarancyjnego, Ubezpieczony ma prawo do wypłaty z rachunku głównego. Wypłata z rachunku głównego w okresie gwarancyjnym następuje z zachowaniem postanowień art. 12 ust. 2.
- Wypłata z rachunku głównego następuje na wniosek Ubezpieczonego, w którym Ubezpieczony wskazuje fundusze, z których ma być realizowana wypłata.
- Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od minimalnej wartości wypłaty z rachunku głównego wskazanej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie wartość jednostek uczestnictwa pozostałych na rachunku głównym po dokonaniu wypłaty nie może być mniejsza od minimalnej wartości rachunku wskazanej w Tabeli limitów i opłat.
- W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż maksymalna dostępna, ustalona przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę maksymalną dostępną.
- 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 rejestracji przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę.  
Odpisanie jednostek uczestnictwa z rachunku głównego następuje nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela tego wniosku.
- Jeżeli Ubezpieczony we wniosku o wypłatę z rachunku głównego nie określił funduszy, z których ma być zrealizowana wypłata, Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa proporcjonalnie z każdego funduszu.
- Wypłata z rachunku głównego nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.
- Wypłata z rachunku głównego w okresie gwarancyjnym powoduje pomniejszenie minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu śmierci oraz minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia, proporcjonalnie do pomniejszenia wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym.
- Ubezpieczyciel potwierdza w formie pisemnej dokonanie wypłaty z rachunku głównego oraz informuje o aktualnej wysokości minimalnego świadczenia z tytułu śmierci i minimalnego świadczenia z tytułu dożycia.

*Przykład obliczenia minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu śmierci oraz minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia, w razie wypłaty z rachunku głównego, która nastąpiła na koniec 5. roku w 10-letnim okresie gwarancyjnym. Składka podstawowa: 10 000 €.*

	Stan rachunku głównego przed wypłatą	Wartość wypłaty	Stan rachunku głównego po wypłacie
Wartość jednostek zgromadzonych na rachunku głównym na koniec 5. roku polisowego w okresie gwarancyjnym	14 025 €	- 1 000 €	13 025 €
Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci na koniec 5. roku polisowego w okresie gwarancyjnym	10 954 €		10 173 €
Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia	12 000 €		11 144 €

*Tabela ma charakter jedynie informacyjny i w związku z tym nie może stanowić podstawy obliczenia wysokości świadczenia. Symulacja kształtowania się wysokości minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu śmierci i minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia nie stanowi gwarancji wzrostu wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych we wskazanym tam okresie, a tym samym wzrostu wysokości świadczeń. Tabela nie uwzględnia opłaty likwidacyjnej oraz ewentualnych podatków obciążających świadczenie i wynikających z przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.).*

#### Art. 20 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO NIEPODLEGAJĄCA OPŁACIE LIKUIDACYJNEJ

- W okresie gwarancyjnym, Ubezpieczony, ma prawo do wypłaty z rachunku głównego niepodlegającej opłacie likwidacyjnej przy zachowaniu łącznie postanowień art. 12 ust. 2 oraz następujących warunków:
  - wypłata następuje na wniosek Ubezpieczonego złożony na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela:
    - nie wcześniej niż po upływie pierwszego roku każdego okresu gwarancyjnego,
    - w przypadku każdej kolejnej wypłaty - nie wcześniej niż po upływie 12 miesięcy kalendarzowych od poprzedniej wypłaty.
 We wniosku Ubezpieczony wskazuje fundusze, z których ma być realizowana wypłata.
  - wypłacana kwota stanowi 5% wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym.
- W pozostałych kwestiach dotyczących wypłaty z rachunku głównego niepodlegającej opłacie likwidacyjnej stosuje się postanowienia art. 19 ust. 3, 5-9.

#### Art. 21 WARTOŚĆ WYKUPU

- Wartość wykupu oblicza się według stanu rachunku głównego na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia (dalej: dzień wartości wykupu).
- Wartość wykupu jest to wartość jednostek uczestnictwa znajdu-

- jących się na rachunku głównym pomniejszona o wartość opłaty likwidacyjnej, wskazanej w art. 18.
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.

## Art. 22 USTALANIE MINIMALNYCH GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ W OKRESIE GWARANCYJNYM

1. W dniu rozpoczęcia odpowiedzialności minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci jest równe wpłaconej przez Ubezpieczonego składce podstawowej. W okresie gwarancyjnym minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci zależy od czasu trwania okresu gwarancyjnego i zwiększa się zgodnie ze stopą procentową, przedstawioną w poniższej tabeli.

Okres gwarancyjny	Stopa procentowa w skali roku
5 lat	0%
10 lat	1,840%
15 lat	2,508%

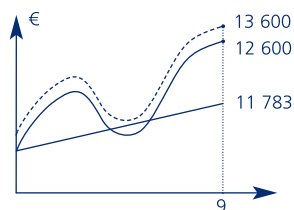
2. Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia zależy od czasu trwania okresu gwarancyjnego i wynosi odpowiednio:

Okres gwarancyjny	Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia
5 lat	100% składki podstawowej
10 lat	120% składki podstawowej
15 lat	145% składki podstawowej

## Art. 23 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI

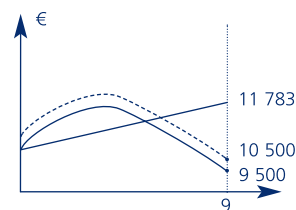
1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego w czasie trwania umowy ubezpieczenia Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie gwarancyjnym Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę wyższej z kwot:
  - a) minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu śmierci ustalonego na dzień śmierci
  - albo
  - b) wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym powiększonej o 1000 euro.
 Wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku będzie obliczona według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.

Przykład sposobu ustalenia wysokości świadczenia z tytułu śmierci, która nastąpiła na koniec 9. roku w 10-letnim okresie gwarancyjnym, w zależności od wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgromadzonych na rachunku głównym. Składka podstawowa: 10 000 €.



Okres gwarancyjny 10 lat

Na koniec 9. roku w okresie gwarancyjnym:  
 Wartość jednostek zgromadzonych na rachunku głównym + 1 000 € = 12 600 € + 1 000 € = 13 600 €  
 Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci = 10 000 x (1+1,84%)<sup>9</sup> = 11 783 €  
 Świadczenie z tytułu śmierci w okresie gwarancyjnym = 13 600 €



Okres gwarancyjny 10 lat

Na koniec 9. roku w okresie gwarancyjnym:  
 Wartość jednostek zgromadzonych na rachunku głównym + 1 000 € = 9 500 € + 1 000 € = 10 500 €  
 Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu śmierci = 10 000 x (1+1,84%)<sup>9</sup> = 11 783 €  
 Świadczenie z tytułu śmierci w okresie gwarancyjnym = 11 783 €

Ilustracje mają charakter jedynie informacyjny i w związku z tym nie mogą stanowić podstawy obliczenia wysokości świadczenia. Symulacja obliczenia świadczenia nie stanowi gwarancji wzrostu wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych we wskazanym tam okresie, a tym samym wzrostu wysokości świadczenia z tytułu śmierci w okresie gwarancyjnym. Symulacja nie uwzględnia ewentualnych podatków obciążających świadczenie i wynikających z przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.).

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po zakończeniu okresu gwarancyjnego Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę 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.
4. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego Ubezpieczyciel odpisze jednostki uczestnictwa z rachunku głównego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.
5. 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.
6. 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.
7. 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.

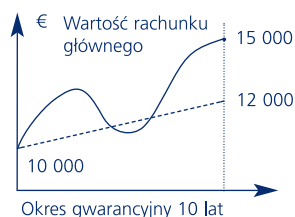
Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa - „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.

8. W przypadku braku osób uprawnionych do świadczenia wymienionych w ust. 7, 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. 6.

#### **Art. 24 SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU DOŻYCIA KOŃCA OKRESU GWARANCYJNEGO LUB KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczonego końca okresu gwarancyjnego Ubezpieczyciel dokonuje porównania wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym oraz minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia. Wartość jednostek uczestnictwa w ostatnim dniu okresu gwarancyjnego użyta do tego porównania jest obliczana według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w ostatnim dniu okresu gwarancyjnego.
2. W przypadku, gdy wartość minimalnego gwarantowanego świadczenia jest wyższa od wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym - Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zadysponowania świadczeniem poprzez:
  - a) złożenie wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dożycia końca okresu gwarancyjnego albo
  - b) kontynuowanie umowy ubezpieczenia, z zachowaniem zasad opisanych w ust. 4.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczony złoży wniosek o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 2a Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę kwoty minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia. Świadczenie zostanie spełnione nie później niż w ciągu 7 dni od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczony nie złoży wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 2a, Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez dopisanie do rachunku głównego jednostek uczestnictwa funduszu bezpiecznego zakupionych za kwotę równą różnicy pomiędzy minimalnym gwarantowanym świadczeniem a wartością jednostek zgromadzonych na rachunku głównym w ostatnim dniu okresu gwarancyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w ostatnim dniu okresu gwarancyjnego. Jednostki uczestnictwa zostaną dopisane do rachunku głównego według ceny obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym po zakończeniu okresu gwarancyjnego.
5. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym jest wyższa od minimalnego gwarantowanego świadczenia - umowa ubezpieczenia jest kontynuowana.

*Przykład porównania wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym oraz minimalnego gwarantowanego świadczenia z tytułu dożycia w dniu zakończenia 10-letniego okresu gwarancyjnego. Składka podstawowa: 10 000 €.*



Na koniec okresu gwarancyjnego:  
Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia = 12 000 €  
Wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym do dyspozycji Ubezpieczonego = 15 000 €



Na koniec okresu gwarancyjnego:  
Minimalne gwarantowane świadczenie z tytułu dożycia = 12 000 €  
Wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym do dyspozycji Ubezpieczonego = 8 500 €  
Świadczenie z tytułu dożycia końca okresu gwarancyjnego = 12 000 €

*Ilustracje mają charakter jedynie informacyjny i w związku z tym nie mogą stanowić podstawy obliczenia wysokości świadczenia. Symulacja obliczenia świadczenia nie stanowi gwarancji wzrostu wartości jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych we wskazanym tam okresie, a tym samym wzrostu wysokości świadczenia z tytułu dożycia końca okresu gwarancyjnego.*

*Ilustracja nie uwzględnia ewentualnych podatków obciążających świadczenie i wynikających z przepisów ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 ze zm.).*

#### **Art. 25 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ**

1. Ubezpieczyciel powinien zostać pisemnie zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia, złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
  - a) w przypadku dożycia końca okresu gwarancyjnego:
    - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
  - b) w przypadku śmierci Ubezpieczonego:
    - urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
    - dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez lekarza lub stosowne władze,
    - innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty - na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Wypłata świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego 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. 26 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. 21 ust. 2 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.
4. Wypłata wartości wykupu nastąpi nie później niż w terminie 30 dni od zawiadomienia Ubezpieczyciela o śmierci Ubezpieczonego.

## **Art. 27 ODSĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczonego od umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu w terminie 30 dni od dnia rejestracji oświadczenia o odstąpieniu, wartość rachunku głównego powiększoną o opłatę pobraną przez Ubezpieczyciela, o której mowa w art. 16.
3. Wartość rachunku głównego obliczana jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 3. dniu roboczym od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane z rachunku głównego nie później niż w terminie 5 dni roboczych od dnia rejestracji przez Ubezpieczyciela oświadczenia o odstąpieniu.

## **Art. 28 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

1. Ubezpieczony może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia. Umowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczyciel zarejestrował pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o rozwiązaniu tej umowy.
2. Złożenie przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę 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. 21.

## **Art. 29 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 dwóch 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, o której mowa w art. 16, będzie mniejsza lub równa zero. O wygaśnięciu umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczonego na piśmie.

## **Art. 30 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ**

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, 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. 31) 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. 25 ust. 4.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 36 ust. 2.

## **Art. 31 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI**

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (korespondencja) adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 30. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
3. 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.
4. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Jeżeli Ubezpieczony, Uposażony lub inny adresat korespondencji zmienił adres korespondencyjny i nie powiadomił o tym Ubezpieczyciela w formie wskazanej w ust. 1, to przyjmuje się, że Ubezpieczyciel przekazał korespondencję i wywiera ona skutki prawne po upływie 30 dni od jej wysłania na ostatni podany adres.
5. 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. 32 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA**

1. Jeżeli dokument ubezpieczenia został zgubiony lub zniszczony, Ubezpieczony obowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia o tym zdarzeniu Ubezpieczyciela.
2. Na pisemny wniosek Ubezpieczonego Ubezpieczyciel wydaje

duplikat dokumentu ubezpieczenia. Z chwilą wydania duplikatu oryginał dokumentu ubezpieczenia staje się nieważny.

#### **Art. 33 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. 34 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO. SPOSÓB REALIZACJI PŁATNOŚCI**

1. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia wyrażone w walucie polskiej będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany polskiej waluty ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
2. Wszelkie wpłaty i wypłaty związane z zawarciem i obsługą umowy ubezpieczenia są realizowane w euro za pomocą przelewu bankowego.

#### **Art. 35 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIA**

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. 3.
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 Ubezpieczonemu 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 Ubezpieczonemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat lub Wykazu ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminu lokowania środków Ubezpieczony nie złoży oświadczenia o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia.

#### **Art. 36 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, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

#### **Art. 37 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW**

Warunki zatwierdzone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 2/2008 z dnia 8 lutego 2008 roku, wchodzi w życie z dniem uchwalenia.

Marcus van der Ploeg



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM  
ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ OWU/ESP0/1/2008**

Art. 1 DEFINICJE	2
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	2
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	2
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA	3
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA	3
Art. 6 OKRES GWARANCYJNY	3
Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH	3
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	3
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO	3
Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA	3
Art. 11 FUNDUSZE	3
Art. 12 FUNDUSZ BEZPIECZNY	4
Art. 13 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA	4
Art. 14 ALOKACJA SKŁADKI	4
Art. 15 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	4
Art. 16 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE	4
Art. 17 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZAMI	4
Art. 18 OPŁATA LIKWIDACYJNA	4
Art. 19 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO	5
Art. 20 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO NIEPODLEGAJĄCA OPŁACIE LIKWIDACYJNEJ	5
Art. 21 WARTOŚĆ WYKUPU	5
Art. 22 USTALANIE MINIMALNYCH GWARANTOWANYCH ŚWIADCZEŃ W OKRESIE GWARANCYJNYM	6
Art. 23 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI	6
Art. 24 SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU DOŻYCIA KOŃCA OKRESU GWARANCYJNEGO LUB KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA	7
Art. 25 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	7
Art. 26 WYŁĄCZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	8
Art. 27 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	8
Art. 28 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
Art. 29 WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	8
Art. 30 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	8
Art. 31 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	8
Art. 32 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA	8
Art. 33 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	9
Art. 34 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO. SPOSÓB REALIZACJI PŁATNOŚCI	9
Art. 35 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIA	9
Art. 36 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	9
Art. 37 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW ORAZ TABELI LIMITÓW I OPŁAT	9