

OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
STRATEGIA LWA

OWU/FIRO/1/2008

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM STRATEGIA LWA NR OWU/FIRO/1/2008

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym 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 Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym nr OWU/FIRO/1/2008 (dalej: Warunki), 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.
- 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) **„Dzień rozpoczęcia odpowiedzialności”** – określony w polisie dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umowy głównej.
- 10) **„Rocznica polisy”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 11) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy.
- 12) **„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.
- 13) **„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.
- 14) **„Składka podstawowa”** – kwota, za którą zakupuje się jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.
- 15) **„Składka całkowita”** – suma składki podstawowej i składek za umowy dodatkowe opłacanych odrębną składką, opłacana w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
- 16) **„Składka dodatkowa”, „Składka lokacyjna”** – kwoty wpłacane dobrowolnie, za które zakupuje się jednostki uczestnictwa w ubezpieczeniowych funduszach kapitałowych.
- 17) **„Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy”** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela (dalej: fundusz).
- 18) **„Jednostka uczestnictwa”** – część funduszu będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach.
- 19) **„Indywidualny rachunek jednostek uczestnictwa”** – odrębny rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla

umowy głównej, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki podstawowe i dodatkowe (dalej: rachunek główny).

- 20) **„Rachunek lokacyjny”** – odrębny rachunek jednostek uczestnictwa utworzony dla umowy głównej, do którego dopisywane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki lokacyjne.
- 21) **„Cena zakupu”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel dopisuje jednostki uczestnictwa do rachunku głównego lub do rachunku lokacyjnego.
- 22) **„Cena sprzedaży”** – cena jednostki uczestnictwa funduszu, po której Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa z rachunku głównego lub z rachunku lokacyjnego.
- 23) **„Gwarantowana suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
- 24) **„Wartość wykupu”** – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu albo jego prawnym spadkobiercom w przypadkach określonych w Warunkach.
- 25) **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający maksymalne stawki opłat, stawki limitów, rabatów 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.
- 26) **„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.
- 27) **„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 (dwadzieścia cztery) godziny na dobę.

- Przed dniem rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na podstawie odrębnej umowy ubezpieczenia na życie.

ZAWARCIE UMOWY GŁÓWNEJ

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

- Umowę główną zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie), za zgodą Ubezpieczonego.
- Do zawarcia umowy głównej niezbędne jest:
 - oświadczenie Ubezpieczonego o stanie jego zdrowia, dokonane poprzez wypełnienie ankiety medycznej stanowiącej integralną część wniosku o ubezpieczenie,
 - zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie,
 - opłacenie przez Ubezpieczającego pierwszej składki całkowitej.
- Do przyjęcia pierwszej składki całkowitej jest uprawniony także Przedstawiciel.
- Przed zawarciem umowy głównej Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do:
 - udostępnienia dodatkowych informacji dotyczących swojego stanu zdrowia,
 - poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
- 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.
- We wniosku o ubezpieczenie Ubezpieczający wskazuje gwarantowaną sumę ubezpieczenia wybraną z zakresu sumy ubezpieczenia określonego stosownie do wybranej wysokości składki podstawowej i częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego w dniu złożenia tego wniosku.
- 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 (trzynaście) lat i nie ukończył 56 (pięćdziesięciu sześciu) lat.
- Jeżeli we wniosku o ubezpieczenie zostały błędnie podane wiek lub płeć Ubezpieczonego, to wysokość świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego zostanie skorygowana do wysokości świadczenia wynikającego z rzeczywistego wieku lub rzeczywistej płci Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.

Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ

Umowa główna zawierana jest na czas nieokreślony.

Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH I UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH

- Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć Uposażonych, Uposażonych Zastępczych oraz ich procentowy udział w świadczeniu.
- Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania umowy głównej wskazać innego Uposażonego lub innego Uposażonego Zastępczego. Osoba wskazana uważana jest za

Uposażonego lub Uposażonego Zastępczego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

- W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
- W czasie trwania umowy głównej Ubezpieczyciel jest obowiązany do alokacji każdej składki podstawowej, dodatkowej oraz lokacyjnej zgodnie z zasadami określonymi w Warunkach.
- 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

- Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania składki całkowitej w wysokości i terminach określonych w dokumencie ubezpieczenia.
- 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.
- Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
- 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.
- 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.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do udostępnienia Warunków Ubezpieczonemu.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu informacji otrzymanych od Ubezpieczyciela, dotyczących:
 - 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,
 - zmiany wysokości świadczeń, przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania tej umowy,
 - zmiany gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
- Informacje, o których mowa w ust. 7, powinny być przekazane Ubezpieczonemu pisemnie, ustnie lub drogą elektroniczną:
 - 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,
 - 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.

SKŁADKA PODSTAWOWA I CAŁKOWITA

Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA

1. Minimalna wysokość składki podstawowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Składka podstawowa może zostać podwyższona lub obniżona z zachowaniem postanowień niniejszego artykułu.
3. Składka podstawowa może zostać podwyższona, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela, na 30 (trzydzieści) dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej, po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela.
4. 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.
5. Składka podstawowa może zostać obniżona na wniosek Ubezpieczającego, złożony na 30 (trzydzieści) dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej, po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela:
 - a) począwszy od drugiej rocznicy polisy i po opłaceniu składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe,
 - b) nie więcej niż do minimalnej wysokości składki podstawowej wskazanej w Tabeli limitów i opłat obowiązującej w dniu obniżenia,
 - c) tylko wówczas, gdy wartość wykupu, o której mowa w art. 32, obliczona na dzień rejestracji 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 rejestracji wniosku o obniżenie składki podstawowej,
 - d) po upływie pięciu lat kalendarzowych od dnia ostatniego obniżenia.
6. Podwyższenie i obniżenie składki podstawowej powoduje zmianę zakresu sumy ubezpieczenia, a przez to może powodować zmianę gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
7. Nowa wysokość składki podstawowej obowiązuje od terminu płatności składki całkowitej, o którym mowa w ust. 3 lub w ust. 5. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę wysokości składki podstawowej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 (trzydziestu) dni od terminu płatności składki całkowitej wskazanego w zdaniu powyższym.
8. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku o obniżenie lub podwyższenie składki podstawowej jest opłacenie wszystkich składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku.
9. Zmiana wysokości składki podstawowej nie jest możliwa:
 - a) jeśli Ubezpieczony ukończył 55 (pięćdziesiąt pięć) lat,
 - b) w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.

Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Składka całkowita powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych w dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności) począwszy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialno-

- ści do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Za dzień opłacenia składki całkowitej Ubezpieczyciel przyjmuje dzień następujący po dniu, w którym bank, urząd pocztowy lub Przedstawiciel, w przypadku wskazanym w art. 4 ust. 3, potwierdził przyjęcie tej składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
3. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną składkę całkowitą na poczet składki najdawniej wymagalnej.
4. 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.
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.

Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ

1. Zawieszenie opłacania składki całkowitej (dalej: zawieszenie) następuje na nie więcej niż 12 (dwanaście) miesięcy, za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego, złożony na formularzu Ubezpieczyciela na 30 (trzydzieści) dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
2. Zawieszenie jest możliwe:
 - a) począwszy od drugiej rocznicy polisy i po opłaceniu składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe,
 - b) tylko wówczas, gdy wartość wykupu, o której mowa w art. 32, obliczona na dzień rejestracji 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 dostarczenia Ubezpieczycielowi wniosku Ubezpieczającego.
3. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zawieszenie jest opłacenie wszystkich składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
4. 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 (trzydziestu) dni od terminu płatności składki całkowitej wskazanego w zdaniu powyższym.
5. 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 (dwanaście) miesięcy (dalej: okres zawieszenia).
6. Kolejne zawieszenie możliwe jest po upływie pięciu lat od początku ostatniego okresu zawieszenia.
7. Ubezpieczający może skrócić okres zawieszenia. Wznowienie opłacania składek całkowitych następuje na wniosek Ubezpieczającego, począwszy od najbliższego terminu płatności składki całkowitej.
8. W okresie zawieszenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy głównej.
9. Jeżeli w okresie zawieszenia wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym będzie niewystarczająca

na pokrycie opłat za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, o których mowa w art. 21 i 26, dalsze trwanie umowy głównej będzie uzależnione od dokonania przez Ubezpieczającego jednorazowej wpłaty kwoty wskazanej przez Ubezpieczyciela. Do wpłaty i alokacji tej kwoty stosuje się postanowienia dotyczące składki dodatkowej.

10. Zawieszenie może spowodować wygaśnięcie umowy głównej w terminie krótszym niż zastrzeżony w art. 39 ust. 3.

Art. 13 SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składki dodatkowej w celu dopisania dodatkowych jednostek uczestnictwa do rachunku głównego, od dnia doręczenia Ubezpieczającemu polisy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Składka dodatkowa nie może być wpłacana w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
3. Minimalna wysokość składki dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
4. Wpłacenie składki dodatkowej nie uchyla obowiązku opłacania składek całkowitych oraz nie wpływa na wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel w pierwszej kolejności zaliczy otrzymaną składkę dodatkową lub jej część na poczet składek całkowitych wymagalnych w dniu wpłacenia składki dodatkowej, począwszy od składki całkowitej najdawniej wymagalnej.
6. Po zarejestrowaniu przez Ubezpieczyciela wpłaty składki dodatkowej i otrzymaniu wniosku Ubezpieczającego dotyczącego alokacji składki dodatkowej, Ubezpieczyciel dopisze odpowiednią, obliczoną zgodnie z postanowieniami art. 19, ilość jednostek uczestnictwa do rachunku głównego.

Art. 14 SKŁADKA LOKACYJNA

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania składki lokacyjnej w celu dopisania jednostek uczestnictwa do rachunku lokacyjnego, od dnia doręczenia Ubezpieczającemu polisy, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Do składek lokacyjnych stosuje się odpowiednio postanowienia dotyczące składki dodatkowej wymienione w art. 13 ust. 2-6.

Art. 15 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA

1. Gwarantowana suma ubezpieczenia jest ustalona przez Ubezpieczyciela na dzień rozpoczęcia odpowiedzialności, na podstawie kwoty wskazanej jako gwarantowana suma ubezpieczenia przez Ubezpieczającego we wniosku o ubezpieczenie, z zachowaniem postanowień art. 4 ust. 7.
2. Gwarantowana suma ubezpieczenia może zostać podwyższona lub obniżona z zachowaniem postanowień niniejszego artykułu.
3. Podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia następuje za zgodą Ubezpieczyciela, na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i dostarczony Ubezpieczycielowi najpóźniej na 30 (trzydzieści) dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej. Ubezpieczyciel może skierować Ubezpiezonego 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 Ubezpiezonego 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-

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

- a) urodzenia dziecka przez Ubezpiezonego lub jego współmałżonka,
 - b) adopcji dziecka przez Ubezpiezonego,
 - c) zawarcia przez Ubezpiezonego 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 (trzech) 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 (trzydziestu) dni od dostarczenia Ubezpieczycielowi wskazanych dokumentów.
 9. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę wysokości gwarantowanej sumy ubezpieczenia jest opłacenie przez Ubezpieczającego składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
 10. Nowa gwarantowana suma ubezpieczenia obowiązuje od dnia pobrania opłat za ryzyko 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 (trzydziestu) dni od wejścia w życie tej zmiany.

Art. 16 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ I GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA

1. Indeksacja jest to podwyższenie składki podstawowej w rocznicę polisy, bez konieczności poddania się przez Ubezpiezonego akceptacji dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego, zgodnie z procentowym wskaźnikiem wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych publikowanym przez Główny Urząd Statystyczny za okres 12 (dwunastu) 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 (sześć) miesięcy przed rocznicą polisy.
4. Indeksacja nie jest dokonywana:
 - a) gdy Ubezpieczający zrezygnował z indeksacji najpóźniej na 15 (piętnaście) 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 (trzydziestu) 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.

FUNDUSZE

Art. 17 RODZAJE I CEL FUNDUSZY

1. Ubezpieczający ma do dyspozycji fundusze różniące się rodzajem lokat, a tym samym oczekiwanym zyskiem oraz ryzykiem inwestycyjnym. Informacje dotyczące funduszy zawarte są w Wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i regulaminie lokowania środków.
2. Długofalowym celem funduszu jest wzrost wartości aktywów poprzez inwestowanie środków w określone dla danego funduszu kategorie lokat.
3. Ubezpieczyciel ma prawo do podzielenia lub połączenia jednostek uczestnictwa, powodując powiększenie lub zmniejszenie ich liczby oraz odpowiednio ich wartości, przy czym operacja ta nie wpływa na całkowitą wartość funduszu.

Art. 18 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA

1. Wartość funduszu jest równa wartości jego aktywów pomniejszonych o wartość jego zobowiązań.
2. Ubezpieczyciel ma prawo odjąć od wartości funduszu wszystkie koszty bezpośrednio związane z zakupem, sprzedażą aktywów oraz obsługą tego funduszu. Ubezpieczyciel ma prawo pomniejszać wartość funduszu z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na jego aktywach.
3. Ubezpieczyciel dokonuje wyceny wartości funduszu w celu określenia ceny sprzedaży i ceny zakupu jednostki uczestnictwa, nie rzadziej niż raz w miesiącu kalendarzowym.
4. Poprzez podzielenie wartości funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa w tym funduszu na dany dzień otrzymuje się wartość jednostki uczestnictwa. Zaokrąglenie w górę lub w dół, nie więcej niż o 1% wartości jednostki uczestnictwa, daje w wyniku cenę sprzedaży.
5. Różnica pomiędzy ceną zakupu a ceną sprzedaży wynosi nie więcej niż 5% ceny zakupu.
6. Wyniki wyceny jednostki uczestnictwa funduszu są publikowane w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim.

Art. 19 ALOKACJA SKŁADEK

1. Składka podstawowa, dodatkowa, lokacyjna podlegają alokacji w fundusze.
2. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o ubezpieczenie lub we wniosku dotyczącym alokacji składki dodatkowej lub lokacyjnej fundusze, w które ma być alokowana składka podstawowa, dodatkowa lub lokacyjna oraz procentowy podział każdej z ww. składek pomiędzy te fundusze (dalej: alokacja).
3. Po dokonaniu przez Ubezpieczającego wpłaty składki całkowitej, z zastrzeżeniem ust. 4, lub składki dodatkowej Ubezpieczyciel dopisze do rachunku głównego liczbę jednostek uczestnictwa, jaka wynika z podzielenia odpowiedniego procentu składki:
 - a) składki podstawowej – określonego w dokumencie ubezpieczenia,
 - b) składki dodatkowej – określonego we wniosku dotyczącym alokacji składki dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 5; przez cenę zakupu jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu, z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa, następującej po dniu zarejestrowania przez Ubezpieczyciela wpłaty składki całkowitej lub dodatkowej i, w przypadku składki dodatkowej, po dniu zaakceptowania wniosku dotyczącego alokacji tej składki.
4. Składka podstawowa, stanowiąca część składki całkowitej wpłaconej przed terminem płatności określonym w dokumencie

ubezpieczenia, zostanie alokowana pierwszego dnia okresu, za który jest należna składka całkowita.

5. W przypadku zaliczenia składki dodatkowej, lokacyjnej lub ich części na poczet wymagalnych składek całkowitych, odpowiednia kwota zostanie alokowana zgodnie z obowiązującym sposobem alokacji składki podstawowej. Pozostała część składki dodatkowej lub lokacyjnej zostanie alokowana zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 3 pkt b lub w ust. 8.
6. Ubezpieczający może zmienić alokację następnej składki podstawowej, na podstawie pisemnego wniosku.
7. Ilość jednostek uczestnictwa dopisywanych do rachunku głównego jest zaokrąglana do pięciu miejsc po przecinku.
8. Zasady określone w ust. 3, w części dotyczącej składki dodatkowej, mają zastosowanie do alokacji składek lokacyjnych, z zastrzeżeniem że składki te będą alokowane na rachunek lokacyjny zgodnie z wnioskiem dotyczącym alokacji składki lokacyjnej.
9. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę alokacji składki podstawowej jest opłacenie wszystkich składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.

Art. 20 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Ubezpieczający ma prawo przenieść jednostki uczestnictwa z jednego funduszu do innego funduszu oferowanego przez Ubezpieczyciela. Przeniesienie jednostek uczestnictwa polega na odpisaniu jednostek uczestnictwa z funduszu według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa tego funduszu i następnie na dopisaniu odpowiedniej ilości jednostek uczestnictwa do innego funduszu po cenie sprzedaży. Ceny sprzedaży, o których mowa powyżej, są ustalone podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaakceptowania przez Ubezpieczyciela pisemnego wniosku dotyczącego przeniesienia jednostek uczestnictwa między funduszami.
2. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o przeniesienie jednostek uczestnictwa jest opłacenie wszystkich składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
3. Nie jest możliwe przenoszenie jednostek uczestnictwa pomiędzy rachunkiem głównym a rachunkiem lokacyjnym.

OPLATY

Art. 21 OPLATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego z tytułu udzielanej ochrony ubezpieczeniowej (dalej: opłata za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej) za dany miesiąc polisowy. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane po cenie sprzedaży z dnia ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej pobierana jest przez cały czas trwania umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej jest obliczana jako iloczyn:
 - a) różnicy pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia a wartością jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym w dniu pobrania tej opłaty (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 (wskaźnik umieralności). Podstawą do ustalenia wartości wskaźnika umieralności jest roczne prawdopodobieństwo śmierci wskazane w tabeli

„Ogółem” zawartej w „Polskich Tablicach Trwania Życia 1990–1991” wydanych przez Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 1993 r., przy czym dla danego Ubezpieczonego należy uwzględnić:

- a) maksymalny narzut na wartości prawdopodobieństwa śmierci wymieniony w Tabeli limitów i opłat,
 - b) minimalną wartość ułamka wyrażającego prawdopodobieństwo śmierci wymienionego w Tabeli limitów i opłat,
 - c) szczególne warunki umowy głównej,
 - d) płeć i wiek Ubezpieczonego w dniu pobrania opłaty.
4. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe umowy głównej nie jest pobierana, gdy wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym przekracza lub równa się aktualnej gwarantowanej sumie ubezpieczenia.

Art. 22 OPŁATA ZA KOSZTY WSTĘPNE ZWIĄZANE Z ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Obowiązek uiszczenia całej opłaty za koszty wstępne związane z zawarciem umowy ubezpieczenia powstaje z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy głównej, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Opłata za koszty wstępne jest pobierana w każdą rocznicę polisy poprzez odpisanie z rachunku głównego 6% stanu jednostek uczestnictwa zakupionych:
 - a) za składki podstawowe należne w pierwszym roku polisowym,
 - b) za kwotę o jaką wzrosła składka podstawowa należna za okres roku, licząc od dnia podwyższenia składki podstawowej (w tym także indeksacji).
3. Opłata za koszty wstępne, o której mowa w ust. 2, będzie pobierana przez okres 25 (dwudziestu pięciu) lat, nie dłużej niż do rocznicy polisy następującej po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 (sześćdziesięciu) lat. Procent odpisywanych z rachunku głównego jednostek uczestnictwa jest stały w czasie trwania umowy głównej.
4. Z chwilą zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego niepobrana część opłaty za koszty wstępne związane z zawarciem umowy ubezpieczenia ulega umorzeniu.

Art. 23 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM

1. Po odjęciu kosztów i podatków, o których mowa w art. 18 ust. 2, Ubezpieczyciel ustala roczną opłatę z tytułu zarządzania, 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. 24 OPŁATA ZA PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

W jednym roku polisowym Ubezpieczający ma prawo dokonać jednego przeniesienia jednostek uczestnictwa między funduszami bez konieczności poniesienia opłaty. Każde następne przeniesienie jednostek uczestnictwa w tym roku polisowym podlega opłacie wskazanej w Tabeli limitów i opłat.

Art. 25 OPŁATA MANIPULACYJNA ZA WYPŁATĘ Z RACHUNKU GŁÓWNEGO I LOKACYJNEGO

Wypłata z rachunku głównego i lokacyjnego podlega opłacie manipulacyjnej wskazanej w Tabeli limitów i opłat.

Art. 26 OPŁATA ADMINISTRACYJNA

1. Ubezpieczyciel ustala opłatę administracyjną za obsługę i administrowanie umową ubezpieczenia. Jest ona pobierana w czasie trwania umowy głównej. Stawka opłaty administracyjnej jest zawarta w Tabeli limitów i opłat.
2. Na początku każdego miesiąca polisowego odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa jest odpisywana z rachunku głównego na poczet opłaty administracyjnej za dany miesiąc polisowy. Jednostki uczestnictwa zostaną odpisane po cenie sprzedaży z dnia ostatniej wyceny jednostek uczestnictwa.

Art. 27 METODA INDEKSACJI OPŁAT

1. Opłaty wymienione w art. 24-26 podlegają indeksacji maksymalnie o większy z opublikowanych wskaźników (dalej: wskaźnik indeksacji opłat):
 - a) wskaźnik wzrostu cen towarów i usług publikowany przez Główny Urząd Statystyczny,
 - b) wskaźnik wzrostu przeciętnego wynagrodzenia nominalnego brutto w sektorze przedsiębiorstw, publikowany przez Główny Urząd Statystyczny.
2. Indeksacja opłat dokonywana jest nie częściej niż co 12 (dwanaście) miesięcy. Jeżeli w ciągu 12 (dwunastu) 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 (dwunastu) miesięcy od dokonania poprzedniej indeksacji opłat Główny Urząd Statystyczny nie opublikuje któregośkolwiek ze wskaźników, o których mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel może zastosować do indeksacji opłat wskaźnik wzrostu cen towarów i usług w Polsce, opublikowany przez Biuro Statystyczne Wspólnot Europejskich (EUROSTAT) lub Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD). Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu informację o dokonaniu indeksacji opłat łącznie z informacją dotyczącą indeksacji składki podstawowej i gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o której mowa w art. 16 ust. 5.
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. 16 ust. 4.

Art. 28 ODROZCZONY POBÓR OPŁAT

1. Jeżeli wartość dopisanych do rachunku głównego jednostek uczestnictwa zakupionych za składki podstawowe inne niż te, o których mowa w art. 22 ust. 2, i za składki dodatkowe, obliczona po cenie sprzedaży obowiązującej w dniu naliczenia opłat, będzie niewystarczająca do pobrania opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, to opłaty te lub ich część zostaną pobrane, gdy do rachunku głównego zostaną dopisane wskazane wyżej jednostki uczestnictwa.
2. W przypadku gdy wskutek oceny dokonanej w co piątą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem ust. 3, Ubezpieczyciel stwierdzi, że wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym będzie niewystarczająca na pokrycie kolejnych należnych opłat, Ubezpieczyciel zaproponuje Ubezpieczającemu na piśmie obniżenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub podwyższenie składki podstawowej. Strony ustalają, że brak odpowiedzi Ubezpieczającego na złożoną ofertę w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, będzie uznany za jej przyjęcie.
3. Począwszy od rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po ukończeniu przez Ubezpieczonego 75 (siedemdziesięciu pięciu) lat ocena, o której mowa w ust. 2, dokonywana jest w każdą rocznicę polisy.

Art. 29 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT

Jeżeli jednostki uczestnictwa zgromadzone na rachunku głównym zostały dopisane do różnych funduszy, to ilość jednostek uczestnictwa, odpisywana na pokrycie opłat za ryzyka ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, wymienionych w art. 21 i 26, jest kalkulowana proporcjonalnie do wartości jednostek uczestnictwa każdego funduszu.

Art. 30 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO

1. Ubezpieczający ma prawo do wypłaty z rachunku głównego począwszy od drugiej rocznicy polisy, na zasadach określonych w niniejszym artykule.
2. Wypłata z rachunku głównego nie jest możliwa w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych.
3. Wypłata z rachunku głównego następuje na wniosek Ubezpieczającego i jest uzależniona od dokonania przez Ubezpieczyciela oceny wpływu takiej wypłaty na kontynuację umowy głównej.
4. Wypłata 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.
5. Wypłata z rachunku głównego może spowodować wygaśnięcie umowy głównej w terminie krótszym niż zastrzeżony w art. 39 ust. 3.
6. Kwota wypłaty z rachunku głównego nie może być mniejsza od kwoty zawartej w Tabeli limitów i opłat, obowiązującej w dniu zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wniosku o taką wypłatę, a jednocześnie nie może być większa od kwoty ustalonej na podstawie postanowień ust. 7.
7. Wartość jednostek uczestnictwa pozostałych na rachunku głównym, pomniejszona o wartość jednostek, od których należna jest niepobrana opłata za koszty wstępne związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, po dokonaniu wypłaty nie może być mniejsza od kwoty, która pozostaje do rocznej sumy składek podstawowych w proporcji określonej w Tabeli limitów i opłat. Roczną sumę składek podstawowych oblicza się na podstawie wysokości składki podstawowej obowiązującej w dniu dostarczenia Ubezpieczycielowi wniosku Ubezpieczającego.
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.
8. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż maksymalna możliwa, ustalona przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 7, Ubezpieczyciel wypłaci maksymalną dostępną kwotę.
9. Kolejna wypłata z rachunku głównego, dokonana na zasadach określonych w ust. 3, może nastąpić nie wcześniej, niż po upływie 12 (dwunastu) miesięcy od dnia dokonania ostatniej wypłaty.
10. Wypłata z rachunku głównego dokonywana jest poprzez odpisanie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z tego rachunku według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę. Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa proporcjonalnie z każdego funduszu.
11. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o wypłatę z rachunku głównego jest opłacenie wszystkich składek całkowitych, zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
12. Wypłata z rachunku głównego nastąpi nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.
13. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie wypłaty z rachunku głównego nowym dokumentem ubezpieczenia.

Art. 31 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO

1. Ubezpieczający może dokonywać wypłat z rachunku lokacyjnego.
2. Wypłata z rachunku lokacyjnego dokonywana jest poprzez odpisanie odpowiedniej ilości jednostek uczestnictwa według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu zaakceptowania przez Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę z rachunku lokacyjnego.
3. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym Ubezpieczyciel wypłaci kwotę stanowiącą równowartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym.
4. Jeżeli Ubezpieczający we wniosku o wypłatę z rachunku lokacyjnego nie określił funduszu, z którego ma być zrealizowana wypłata, Ubezpieczyciel odpisuje jednostki uczestnictwa proporcjonalnie z każdego funduszu.
5. Minimalna wysokość wypłaty z rachunku lokacyjnego określona jest w Tabeli limitów i opłat.
6. Wypłata z rachunku lokacyjnego nastąpi nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania wniosku o wypłatę.
7. Wypłata kwoty stanowiącej równowartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym (dalej: wartość rachunku lokacyjnego) nastąpi automatycznie, z chwilą wypłaty wartości wykupu lub nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej. Wartość rachunku lokacyjnego oblicza się według stanu z dnia wartości wykupu ustalonego na zasadach wskazanych w art. 32 ust. 1.

Art. 32 WARTOŚĆ WYKUPU

1. Wysokość wartości wykupu oblicza się według stanu na wcześniejszy z dni (dalej: dzień wartości wykupu):
 - a) 90 (dziewięćdziesiąty) dzień następujący po ostatnim dniu opłaconego okresu, tj. 90 (dziewięćdziesiąty) dzień po terminie płatności najwcześniej zaległej składki całkowitej albo
 - b) dzień rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.
2. Wartość wykupu jest to wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się w dniu wartości wykupu na rachunku głównym, obliczona według ceny sprzedaży ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu wartości wykupu, pomniejszona o pozostałą do pobrania część opłaty za koszty wstępne związane z zawarciem umowy głównej.
3. Ubezpieczający nabywa prawo do wypłaty wartości wykupu poczynając od drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe, z zastrzeżeniem ust. 4 i 5.
4. W razie rozwiązania umowy głównej przed drugą rocznicą polisy Ubezpieczający ma prawo do wypłaty kwoty stanowiącej równowartość jednostek uczestnictwa zakupionych za składki dodatkowe, obliczonej według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa 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 (trzydziestu) 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 (trzydziestu) dni od rozwiązania albo wygaśnięcia umowy głównej.

Art. 33 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Umowa główna może zostać przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego po drugiej rocznicy polisy, jeżeli jej

wartość wykupu jest przynajmniej równa minimalnej wartości wykupu, i pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych za dwa lata polisowe (dalej: przekształcenie). 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 wartości wykupu ustalony na zasadach wskazanych w art. 32 ust. 1.

2. Przekształcenie odbywa się (dalej: dzień przekształcenia):

- a) na wniosek Ubezpieczającego zgodnie z datą podaną w tym wniosku, nie późniejszą jednak niż dzień wartości wykupu wskazany w art. 32 ust. 1 pkt a,
 - b) w sposób automatyczny, w dniu wartości wykupu wskazanym w art. 32 ust. 1 pkt a.
3. Warunkiem rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2 pkt a, jest opłacenie wszystkich składek całkowitych zaległych w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi. Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć do tego wniosku dowód wpłaty ostatniej składki całkowitej.
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,
 - Ubezpieczyciel pobiera nierozliczoną część opłaty za koszty wstępne związane z zawarciem umowy głównej,
 - Ubezpieczyciel przestaje pobierać opłaty 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.
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. Umowa ubezpieczenia bezskładkowego wygasa z dniem, w którym liczba jednostek uczestnictwa na rachunku głównym jest niewystarczająca na pobranie opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe i opłaty administracyjnej, wskazanych w art. 21 oraz w art. 26.
9. W czasie trwania umowy ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczający ma prawo wpłacania składek dodatkowych i składek lokacyjnych oraz dokonywania wypłat z rachunku głównego i lokacyjnego.
10. Ubezpieczyciel potwierdza dokonanie przekształcenia dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia przekształcenia.

Art. 34 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 jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku

głównym; wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku głównym będzie obliczona według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego,

– powiększonej o wartość jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku lokacyjnym obliczoną według ceny sprzedaży z dnia najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego.

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 lub gdy udziały te nie sumują się do 100% Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Uposażonym w równych częściach.

3. 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.

4. Jeżeli w chwili śmierci Ubezpieczonego wszyscy Uposażeni nie żyją, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia, świadczenie otrzymują Uposażeni Zastępczy z zachowaniem zasady podanej w ust. 2 i 3.

5. Jeżeli w umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonych lub wszyscy Uposażeni zmarli, nie istnieją lub utracili prawo do świadczenia przed zdarzeniem ubezpieczeniowym i nie został wskazany Uposażony Zastępczy, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności, według następujących kategorii:

- a) małżonek,
- b) dzieci,
- c) wnuki,
- d) rodzice,
- e) rodzeństwo,
- f) dzieci rodzeństwa.

6. 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.

7. 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. 35 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

1. Ubezpieczyciel musi 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) urzędowym dokumentem potwierdzającym datę urodzenia Ubezpieczonego,
- b) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Uposażonego,
- c) dokumentem potwierdzającym zajście zdarzenia ubezpieczeniowego: oryginałem skróconego odpisu aktu zgonu oraz zaświadczeniem stwierdzającym przyczynę śmierci Ubezpieczonego, wystawionym przez lekarza lub stosowne władze,
- d) innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.

3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) 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 (czternaście) dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

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. 36 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) działań wojennych, stanu wojennego,
 - b) aktów terroryzmu,
 - c) czynnego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach, zamieszkach,
 - d) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym, biologicznym lub radioaktywnym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i w związku z tym nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe zostało spowodowane lub zaszło w następstwie:
 - a) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - b) samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
3. Jeśli zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okolicznościach, w których wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci wartość wykupu zgodnie z zasadami wskazanymi w art. 32 i z zachowaniem postanowień ust. 4.
4. Wartość wykupu zostanie obliczona na podstawie liczby jednostek uczestnictwa z dnia rejestracji zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego i według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa ustalonej podczas najbliższej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po tym dniu.

ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

Art. 37 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ

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

Art. 38 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę główną. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
2. Z zastrzeżeniem ust. 3, umowa główna zostaje rozwiązana, po uprzednim wezwaniu Ubezpieczającego do zapłaty, po upływie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa składka całkowita.
3. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu jeżeli Ubezpieczający nie podejmie opłacania składek całkowitych w ciągu 30 (trzydziestu) dni po upływie okresu zawieszenia opłacania składek całkowitych.

4. Złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem oświadczenia o wypowiedzeniu umowy głównej.
5. W przypadku rozwiązania umowy głównej Ubezpieczyciel wypłaci kwoty, o których mowa w art. 32.

Art. 39 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego umowa główna wygasa z chwilą wypłaty świadczenia.
2. Umowa główna wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
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. 21 oraz w art. 26, będzie mniejsza lub równa zero. O wygaśnięciu umowy głównej Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego na piśmie. Wygaśnięcie umowy w tym trybie jest możliwe najwcześniej po 5 (piątej) rocznicy polisy.

Art. 40 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻAŁEŃ

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. 41) 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 (trzydziestu) 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. 35 ust. 4.
7. W nierozstrzygniętych sprawach spornych przysługuje droga sądowa wskazana w art. 46 ust. 2.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 41 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z umową ubezpieczenia (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. 40. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. 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.
3. Ubezpieczyciel przesyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Jeżeli Ubezpieczający, Uposażony lub inny adresat korespondencji zmienił adres kore-

spondencyjny 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 (trzydziestu) dni od jej wysłania na ostatni podany adres.

4. 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, za wyjątkiem dokumentów dotyczących leczenia szpitalnego, które muszą być przedstawione w oryginale lub w kopii potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez szpital. 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. 42 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA

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

Art. 43 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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.

Art. 44 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. 45 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. 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 (dwunastu) 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 (dwunastu) kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 (dwunastu) 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 (czternastu) 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. 27 stawki opłat są zmieniane uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.

Art. 46 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

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

Art. 47 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

Ewa Zorychta-Kąkol



Prezes Zarządu

Członek Zarządu

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIR1)

Ogólne warunki umowy dodatkowej dotyczącej poważnego zachorowania mają zastosowanie do umowy dodatkowej oznaczonej w dokumencie ubezpieczenia i innych dokumentach wystawionych przez Ubezpieczyciela kodem CIR1 i są jej integralną częścią.

Art. 1 DEFINICJE

W Ogólnych warunkach ubezpieczenia umowy dodatkowej (dalej: Warunki) oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy dodatkowej CIR1 podanym niżej terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Umowa główna”** – umowa Ubezpieczenia na życie z funduszem kapitałowym oznaczona kodem FIRO.
- 2) **„Umowa dodatkowa”** – Umowa dodatkowa dotycząca poważnego zachorowania oznaczona kodem CIR1.
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba, której zdrowie jest przedmiotem umowy dodatkowej.
- 4) **„Ubezpieczający”** – Ubezpieczający z umowy głównej.
- 5) **„Poważne zachorowanie”** – schorzenie lub procedura medyczna.
- 6) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wymieniona w dokumencie ubezpieczenia, nie wyższa od kwoty wskazanej w Tabeli limitów i opłat dla umów dodatkowych CIR1, wypłacana w przypadkach określonych w Warunkach.
- 7) **„Składka za umowę dodatkową”** – kwota na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu umowy dodatkowej oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela.
- 8) **„Okres karencji”** – okres 180 (stu osiemdziesięciu) kolejnych dni pomiędzy terminem płatności pierwszej składki całkowitej uwzględniającej składkę za umowę dodatkową a dniem rozpoczęcia odpowiedzialności z umowy dodatkowej; okresu karencji nie stosuje się w przypadku przedłużenia umowy dodatkowej.
- 9) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 10) **„Dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego”:**
 - a) w przypadku nowotworu złośliwego, zawału serca, udaru mózgu i niezłośliwego guza mózgu – dzień postawienia diagnozy przez Lekarza,
 - b) w przypadku niewydolności nerek – dzień postawienia przez Lekarza diagnozy, potwierdzającej zgodność jednostki chorobowej z opisem zawartym w art. 2 ust. 2 pkt e,
 - c) w przypadku zabiegu chirurgicznego polegającego na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass) opisanego w art. 2 ust. 2 pkt f – dzień zabiegu operacyjnego,
 - d) przeszczepienia narządów określonych w art. 2 ust. 2 pkt g – dzień zabiegu operacyjnego lub dzień zakwalifikowania Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu,
 - e) w przypadku utraty wzroku i utraty słuchu – ostatni dzień dwunastomiesięcznego okresu, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt h oraz i.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie następujących poważnych zachorowań (dalej: zdarzenia ubezpieczeniowe):
 - a) **Nowotwór (guz) złośliwy:** charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Jego rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego Lekarza onkologa lub histopatologa. Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośli-

wą (choroba Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1 (CIN – Cervical Intrapithelial Neoplasia), CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne,
 - czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A =< 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC (American Journal of Critical Care) z 2002 r.,
 - nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak postawnokomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry,
 - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV,
 - przewlekła białaczka limfatyczna o stopniu zaawansowania według Rai niższym niż 3,
 - wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji),
 - choroba Hodgkina w pierwszym stadium.
- b) **Nieżłośliwy guz mózgu:** wewnątrzczaszkowy, zagrażający życiu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez Lekarza neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji powodujący trwały ubytek neurologiczny (z wyłączeniem: torbieli, ziarniniaków, zniekształceń wewnątrz lub na zewnątrz naczyń tętnicznych lub żylnych w obrębie mózgu, krwawiaków mózgu oraz wrodzonych niezłośliwych guzów mózgu).
 - c) **Zawał serca:** pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie elektrokardiograficznym (EKG) potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).
 - d) **Udar mózgu:** nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje jakichkolwiek epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).
 - e) **Niewydolność nerek:** schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerki.
 - f) **Zabieg chirurgiczny polegający na dokonaniu pomostu omijającego wieńcowego (bypass):** przeprowadzenie operacji chirurgicznej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych

od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

g) **Przeszczep narządów:** przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Dokonanie przeszczepu narządu lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep narządu musi być uzasadnione medycznie i wynikać ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Z zakresu ubezpieczenia wyłączono przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

h) **Utrata wzroku:** całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w obydwu oczach, z całkowitą niezdolnością rozróżniania szczegółów obserwowanych przedmiotów, z co najwyżej zachowanym poczuciem światła. Utrata wzroku musi być zdiagnozowana przez Lekarza i trwać nieprzerwanie co najmniej 12 (dwanaście) miesięcy, licząc od dnia postawienia diagnozy. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

i) **Utrata słuchu:** całkowita i nieodwracalna utrata słuchu w obydwu uszach, polegająca na utracie zdolności rozróżniania dźwięków w obu uszach, co oznacza, że w lepiej słyszącym uchu średni ubytek słuchu z 4 (czterech) następujących częstotliwości: 500, 1000, 2000, 4000 Hz przekracza 90 dB. Utrata słuchu musi być zdiagnozowana przez Lekarza i trwać nieprzerwanie co najmniej 12 (dwanaście) miesięcy, licząc od dnia postawienia diagnozy.

Zakres ubezpieczenia nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.

3. W przypadku zajścia dwóch lub więcej zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ust. 2, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu jednokrotność świadczenia ustalonego na zasadach określonych w Warunkach i umowa dodatkowa wygasa bez możliwości jej dokupienia.
4. Z zakresu ubezpieczenia wyłączone jest poważne zachorowanie Ubezpieczonego spowodowane chorobą psychiczną lub nerwicą.
5. W każdą rocznicę polisy, nie wcześniej niż po roku od dnia zawarcia umowy dodatkowej, Ubezpieczający może podwyższyć lub obniżyć sumę ubezpieczenia. Zmiana sumy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, za zgodą Ubezpieczyciela. Wniosek należy złożyć na 30 (trzydzieści) dni przed rocznicą polisy.
6. Ubezpieczyciel potwierdza podwyższenie albo obniżenie sumy ubezpieczenia dokumentem ubezpieczenia.
7. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych i uzależnić podwyższenie sumy ubezpieczenia od wyniku dokonanej oceny dodatkowego ryzyka ubezpieczeniowego.
Nowa suma ubezpieczenia obowiązuje po 180 (stu osiemdziesięciu) dniach, licząc od rocznicy polisy, pod warunkiem potwierdzenia zmiany przez Ubezpieczyciela oraz jeśli Ubezpieczający opłacił wszystkie składki całkowite wymagalne w tym okresie, uwzględniające składkę za umowę dodatkową w nowej wysokości.
8. Wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony pod warunkiem opłacenia wszystkich składek całkowitych należnych na dzień złożenia tego wniosku.

9. Suma ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku obniżenia górnej granicy zakresu sumy ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczyna się z dniem określonym w dokumencie ubezpieczenia jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania bądź wygaśnięcia umowy dodatkowej z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy jego odpowiedzialność jest w danym przypadku wyłączona przez postanowienia Warunków, szczególne warunki indywidualnie uzgodnione z Ubezpieczającym przed zawarciem umowy dodatkowej lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

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

1. Umowa dodatkowa może być zawarta jednocześnie z umową główną albo w czasie trwania umowy głównej (dokupienie umowy dodatkowej).
2. Zawarcie umowy dodatkowej następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego złożonego na odpowiednim formularzu Ubezpieczyciela zawierającym ankietę medyczną dotyczącą Ubezpieczonego, za zgodą Ubezpieczyciela. W przypadku dokupienia umowy dodatkowej wniosek należy złożyć na 30 (trzydzieści) dni przed terminem płatności kolejnej składki całkowitej.
3. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony zobowiązany jest poddać się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych.
4. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel, w formie pisemnej, informuje Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy dodatkowej na warunkach szczególnych lub odmawia jej zawarcia.
5. Warunkiem dokupienia umowy dodatkowej jest opłacenie przez Ubezpieczającego wszystkich składek całkowitych zaległych na dzień złożenia wniosku o dokupienie umowy dodatkowej.
6. Ubezpieczyciel potwierdza dokupienie umowy dodatkowej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia dokupienia umowy dodatkowej.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ

1. Umowa dodatkowa zawierana jest na 5 (pięć) lat, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Umowa dodatkowa może zostać zawarta jeśli Ubezpieczony nie ukończył 61 (sześćdziesięciu jeden) lat.
3. Umowa dodatkowa nie może kończyć się później niż z najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 (sześćdziesięciu pięciu) lat.
4. W przypadku dokupienia umowy dodatkowej i odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tej umowy kończą się w najbliższą piątą rocznicę trwania umowy głównej, liczoną od momentu dokupienia umowy dodatkowej.

Art. 6 PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Przedłużenie umowy dodatkowej następuje bezpośrednio po upływie okresu na jaki została zawarta umowa dodatkowa, po zaakceptowaniu przez Ubezpieczającego nowej wysokości składki za umowę dodatkową zaproponowanej przez Ubezpieczyciela, bez konieczności oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

2. Przedłużenie umowy dodatkowej nie jest możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 61 (sześćdziesięciu jeden) lat.
3. Podwyższenie sumy ubezpieczenia powoduje dodatkowe podwyższenie składki za umowę dodatkową.
4. W przypadku przedłużenia umowy dodatkowej i jednoczesnego podwyższenia sumy ubezpieczenia, nowa wysokość sumy ubezpieczenia obowiązuje po 180 (stu osiemdziesięciu) dniach licząc od dnia przedłużenia, pod warunkiem potwierdzenia zmiany przez Ubezpieczyciela oraz jeśli Ubezpieczający opłacił wszystkie składki całkowite wymagalne w tym okresie, uwzględniające składkę za umowę dodatkową w nowej wysokości.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia nie jest możliwe po ukończeniu przez Ubezpieczonego 60 (sześćdziesięciu) lat.
6. O rezygnacji z przedłużenia umowy dodatkowej Ubezpieczający informuje Ubezpieczyciela na piśmie, najpóźniej na 15 (piętnaście) dni przed rocznicą polisy. Brak takiego pisemnego zawiadomienia traktowany jest jak wyrażenie zgody na przedłużenie umowy dodatkowej.
7. Ubezpieczyciel potwierdza przedłużenie umowy dodatkowej dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 (trzydziestu) dni od dnia przedłużenia umowy dodatkowej.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie Ubezpieczonemu na zasadach określonych w Warunkach.
2. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania Ubezpieczającemu oferty przedłużenia umowy dodatkowej najpóźniej na 30 (trzydzieści) dni przed jej wygaśnięciem.

Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki za umowę dodatkową.
2. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są do udzielenia, przed zawarciem umowy dodatkowej, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie umowy dodatkowej i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.
4. Jeżeli pomiędzy złożeniem wniosku o ubezpieczenie lub o dokupienie umowy dodatkowej, a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie lub dokupienie tej umowy zaistnieją okoliczności powodujące zmianę informacji zawartych w tym wniosku lub innych dokumentach przekazanych Ubezpieczycielowi, Ubezpieczający lub Ubezpieczony są zobowiązani niezwłocznie, przed zawarciem lub dokupieniem umowy dodatkowej, poinformować o tym Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczony lub Ubezpieczający powinien zawiadomić Ubezpieczyciela o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni licząc od dnia jego zajścia. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia sporządzonego na formularzu Ubezpieczyciela. W razie naruszenia z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym, Ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do pogorszenia stanu zdrowia Ubezpieczonego lub utrudnienia lub uniemożliwienia ustalenia stanu zaawansowania poważnego zachorowania.
6. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się obserwacji klinicznej lub badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych, w celu określenia, czy poważne zachorowanie Ubezpieczonego jest objęte

zakresem ubezpieczenia. Koszty tych badań lub obserwacji ponoszone są przez Ubezpieczyciela.

7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony ma obowiązek starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.

Art. 9 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ

1. Składka za umowę dodatkową jest opłacana łącznie ze składką za umowę główną.
2. Składka za umowę dodatkową jest ustalana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego, sumy ubezpieczenia, czasu trwania umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków umowy dodatkowej.
3. Składka za umowę dodatkową podlega indeksacji w związku z indeksacją składki za umowę główną. Indeksacja składki za umowę dodatkową powoduje podwyższenie sumy ubezpieczenia. Kwota, o jaką wzrasta suma ubezpieczenia, jest obliczana zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela, stosownie do płci i wieku Ubezpieczonego w dniu indeksacji, okresu, jaki pozostał od tego dnia do zakończenia czasu trwania umowy dodatkowej, częstotliwości opłacania składki całkowitej oraz szczególnych warunków umowy dodatkowej.
4. Ubezpieczający nabywa prawo do zwrotu składki za umowę dodatkową za okres, w jakim Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej z powodu rozwiązania lub wygaśnięcia umowy dodatkowej przed upływem okresu, na jaki została zawarta.

Art. 10 WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wysokość świadczenia wypłacanego z tytułu umowy dodatkowej jest równa sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
2. Podstawą do wypłaty świadczenia z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego jest wniosek o wypłatę świadczenia złożony Ubezpieczycielowi wraz z następującymi dokumentami:
 - a) urzędowym dokumentem potwierdzającym tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) dokumentami potwierdzającymi zajście zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) kartą wypisu ze szpitala,
 - 2) kartą leczenia ambulatoryjnego i wynikami badań,
 - 3) opinią Lekarza prowadzącego,
 - 4) odpisem badania potwierdzającego wystąpienie jednostki chorobowej,
 - 5) innymi opiniami i wynikami badań laboratoryjnych oraz innymi dokumentami niezbędnymi do określenia tytułu wypłaty – na wniosek Ubezpieczyciela.
3. Wypłata świadczenia nastąpi nie później niż w ciągu 30 (trzydziestu) dni po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela wszystkich niezbędnych dokumentów. Gdyby, przy zachowaniu należytej staranności, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela okazało się niemożliwe w powyższym terminie, świadczenie będzie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni od dnia wyjaśnienia tych okoliczności.
4. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 11 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe było spowodowane

wane lub zaszło w następstwie zdarzeń określonych w art. 36 ust. 1 i 2 pkt a ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej oraz:

- a) samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - b) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony pozostawał świadomie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - c) próby popełnienia samobójstwa,
 - d) schorzeń zdiagnozowanych przez Lekarza przed okresem karencji, z wyłączeniem schorzeń, o których Ubezpieczyciel został poinformowany na piśmie przed zawarciem umowy dodatkowej,
 - e) procedur medycznych przeprowadzonych przed okresem karencji lub procedur medycznych, których wykonanie Lekarz zalecił przed okresem karencji,
 - f) zakażenia wirusem HIV lub choroby AIDS.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli:
- a) zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie w okresie karencji,
 - b) zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi w okresie zawieszenia opłacania składek całkowitych,
 - c) śmierć Ubezpieczonego, będąca następstwem poważnego zachorowania, nastąpi w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia jeżeli Ubezpieczony umyślnie nie wykonał obowiązku określonego w art. 8 ust. 7, co miało wpływ na pogorszenie jego stanu zdrowia lub ustalenie zaawansowania poważnego zachorowania.
4. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki całkowitej w terminie 30 (trzydziestu) dni poczynając od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu.

Art. 12 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od umowy dodatkowej w terminie 30 (trzydziestu) dni, a w przypadku, gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 (siedmiu) dni, licząc od dnia otrzymania dokumentu ubezpieczenia (zawarcia umowy dodatkowej).
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę dodatkową. Umowa ta ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczyciel otrzymał pisemne oświadczenie Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy dodatkowej.
3. Ubezpieczyciel może wypowiedzieć umowę dodatkową w przypadku zmiany lub wprowadzenia nowych powszechnie obowiązujących przepisów prawa, o ile zmiany te mają istotny wpływ na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej w zakresie określonym w umowie dodatkowej, zawartej na podstawie Warunków.
Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o wypowiedzeniu tej umowy.
4. Ponadto Ubezpieczycielowi przysługuje prawo wypowiedzenia umowy dodatkowej w dowolnym czasie, w razie stwierdzenia naruszenia obowiązku wskazanego w art. 8 ust. 2. Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu z dniem, w którym Ubezpieczającemu doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczyciela o jej wypowiedzeniu.

5. Umowa dodatkowa zostaje rozwiązana z chwilą rozwiązania lub wygaśnięcia umowy głównej.
6. Umowa dodatkowa wygasa w dniu najbliższej rocznicy polisy przypadającej bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 (sześćdziesięciu pięciu) lat.
7. Z dniem wypłaty świadczenia umowa dodatkowa wygasa. W takim przypadku nie jest możliwe przedłużenie ani ponowne zawarcie umowy dodatkowej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

Art. 13 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW

1. Warunki mogą być z ważnych przyczyn zmienione uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela.
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 (dwunastu) kolejnych miesięcy,
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określonej przez bank centralny) waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu warszawskiej Giełdy Papierów Wartościowych WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 (dwunastu) kolejnych miesięcy.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 (czternastu) dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu nowego tekstu Warunków Ubezpieczający nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu umowy dodatkowej.

Art. 14 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Wysokość technicznej stopy procentowej do kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla umowy dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat. Wysokość rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie wpływa na wysokość świadczenia wskazanego w Warunkach.

Art. 15 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ

W sprawach nieuregulowanych w Warunkach znajdują zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków ubezpieczenia umowy głównej.

Art. 16 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 OWU/FI0/1/2008

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 GŁÓWNEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY GŁÓWNEJ	3
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO	3
Art. 6 CZAS TRWANIA UMOWY GŁÓWNEJ	3
Art. 7 WYZNACZANIE UPOSAŻONYCH I UPOSAŻONYCH ZASTĘPCZYCH	3
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	3
Art. 9 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	3
Art. 10 SKŁADKA PODSTAWOWA	4
Art. 11 OPŁACANIE SKŁADKI CAŁKOWITEJ	4
Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI CAŁKOWITEJ	4
Art. 13 SKŁADKA DODATKOWA	5
Art. 14 SKŁADKA LOKACYJNA	5
Art. 15 GWARANTOWANA SUMA UBEZPIECZENIA	5
Art. 16 INDEKSACJA SKŁADKI PODSTAWOWEJ I GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA	5
Art. 17 RODZAJE I CEL FUNDUSZY	6
Art. 18 WYCENA WARTOŚCI FUNDUSZU I JEDNOSTKI UCZESTNICTWA	6
Art. 19 ALOKACJA SKŁADEK	6
Art. 20 PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	6
Art. 21 OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE UMOWY GŁÓWNEJ	6
Art. 22 OPŁATA ZA KOSZTY WSTĘPNE ZWIĄZANE Z ZAWarciEM UMOWY UBEZPIECZENIA	7
Art. 23 OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE FUNDUSZEM	7
Art. 24 OPŁATA ZA PRZENIESIENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	7
Art. 25 OPŁATA MANIPULACYJNA ZA WYPŁATĘ Z RACHUNKU GŁÓWNEGO I LOKACYJNEGO	7
Art. 26 OPŁATA ADMINISTRACYJNA	7
Art. 27 METODA INDEKSACJI OPŁAT	7
Art. 28 ODROZCZONY POBÓR OPŁAT	7
Art. 29 PROPORCJONALNY POBÓR OPŁAT	7
Art. 30 WYPŁATA Z RACHUNKU GŁÓWNEGO	8
Art. 31 WYPŁATA Z RACHUNKU LOKACYJNEGO	8
Art. 32 WARTOŚĆ WYKUPU	8
Art. 33 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE	8
Art. 34 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	9
Art. 35 ZAWIADOMIENIE O ZAJŚCIU ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO. SPOSÓB WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	9
Art. 36 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	10
Art. 37 ODSTĄPIENIE OD UMOWY GŁÓWNEJ	10
Art. 38 ROZWIĄZANIE UMOWY GŁÓWNEJ	10
Art. 39 WYGAŚNIĘCIE UMOWY GŁÓWNEJ	10
Art. 40 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ	10
Art. 41 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI	10
Art. 42 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA	11
Art. 43 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ	11
Art. 44 ZMIANA SYSTEMU MONETARNEGO	11
Art. 45 ZMIANA TREŚCI NIEKTÓRYCH DOKUMENTÓW UBEZPIECZENIA	11
Art. 46 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW	11
Art. 47 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	11

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ DOTYCZĄCEJ POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (CIR1)

Art. 1 DEFINICJE	12
Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	12
Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	13
Art. 4 TRYB ZAWARCIA UMOWY DODATKOWEJ. SZCZEGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEJ	13
Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO. CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEJ	13
Art. 6 PRZEDŁUŻENIE UMOWY DODATKOWEJ	13
Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	14
Art. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO I UBEZPIECZONEGO	14
Art. 9 SKŁADKA ZA UMOWĘ DODATKOWĄ	14
Art. 10 WYPŁATA ŚWIADCZENIA	14
Art. 11 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	14
Art. 12 ODSTĄPIENIE, ROZWIĄZANIE I WYGASNIĘCIE UMOWY DODATKOWEJ	15
Art. 13 ZMIANA TREŚCI WARUNKÓW	15
Art. 14 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA	15
Art. 15 STOSOWANIE POSTANOWIEŃ OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA UMOWY GŁÓWNEJ	15
Art. 16 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW	15