

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE BEZPIECZNA PRZYSZŁOŚĆ NR OWU/REN2/1/2011

Komentarze w ramkach – czemu służą i jaki mają charakter?

Tekst warunków ubezpieczenia jest dokumentem o charakterze prawnym. Z tego powodu może być trudny w odbiorze. Mamy nadzieję, że poprzez komentarze w ramach ułatwimy jego zrozumienie. Nie są one częścią umowy ubezpieczenia i nie mają charakteru wiążącego. Posłużyliśmy się w nich mniej formalnym językiem oraz podaliśmy przykłady objaśniające konsekwencje poszczególnych zapisów. Nie objaśniliśmy każdego artykułu – wybraliśmy tylko kluczowe dla zrozumienia tego ubezpieczenia.

Ogólne warunki ubezpieczenia na życie mają zastosowanie do umowy ubezpieczenia oznaczonej w polisie i innych dokumentach wystawionych przez ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. kodem: REN2 i są jej integralną częścią.

Ogólne warunki ubezpieczenia – inaczej OWU – jakie mają dla Ciebie znaczenie?

Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stanowią najważniejszy element umowy pomiędzy Tobą a Towarzystwem. W tym dokumencie znajdziesz istotne informacje dotyczące umowy ubezpieczenia.

Art. 1 DEFINICJE

Definicje – czemu służą i dlaczego warto się z nimi zapoznać?

Niektóre słowa użyte w dokumencie mają ściśle określone znaczenie. Ich potoczne rozumienie może być inne. Dla ułatwienia pojęcia, które tutaj zdefiniowano, pisane są w dalszej części OWU wielką literą.

W Ogólnych warunkach ubezpieczenia na życie (dalej: Warunki), w polisie, w innym dokumencie ubezpieczenia oraz wszelkich innych dokumentach dotyczących umowy ubezpieczenia poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – ING Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. z siedzibą w Warszawie.
- 2) **„Ubezpieczony – Ubezpieczający”** – osoba, której życie i zdrowie jest przedmiotem umowy ubezpieczenia i która zawarła umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem oraz zobowiązała się do opłacania Składek. W dalszej części Warunków osoba ta nazywana jest **„Ubezpieczonym”**.
- 3) **„Uposażony”** – wskazana przez Ubezpiezonego osoba, której zostanie wypłacone świadczenie w przypadkach określonych w Warunkach.
- 4) **„Umowa ubezpieczenia”** – umowa ubezpieczenia na życie, oznaczona kodem REN2.
- 5) **„Dokument ubezpieczenia”** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy ubezpieczenia, w tym także polisa potwierdzająca zawarcie tej umowy oraz polisa ubezpieczenia bezskładowego. Dokument ubezpieczenia stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.
- 6) **„Rocznicza polisa”** – każda rocznica dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 7) **„Rok polisowy”** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy.
- 8) **„Dzień zakończenia umowy ubezpieczenia”** – wskazany w polisie dzień, w którym kończy się Umowa ubezpieczenia.
- 9) **„Wiek Ubezpiezonego”** – 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.
- 10) **„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.
- 11) **„Składka”** – kwota opłacana w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia, składająca się z części przeznaczonej na budowanie Wartości polisy (dalej: część inwestycyjna składki) i części przeznaczonej na pokrycie ryzyka ubezpieczeniowego oraz kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela (dalej: część ochronna składki).
- 12) **„Suma ubezpieczenia”** – kwota wskazana w Dokumencie ubezpieczenia, obliczana na zasadach określonych w Warunkach, wypłacana po Dniu zakończeniu umowy ubezpieczenia.
- 13) **„Dodatkowa suma ubezpieczenia”** – kwota wynikająca z udziału w zysku, obliczana na zasadach określonych w Warunkach, wskazywana w Dokumencie ubezpieczenia.
- 14) **„Składka dodatkowa”** – kwota wpłacana w dowolnych momentach w czasie trwania Umowy ubezpieczenia na odrębny rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela w polisie potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia, w całości przeznaczana na budowanie Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych.
- 15) **„Suma ubezpieczenia składek dodatkowych”** – kwota stanowiąca sumę wpłaconych Składek dodatkowych, pomniejszana o dokonane wypłaty i opłaty z tytułu tych wypłat, wskazywana w Dokumencie ubezpieczenia.
- 16) **„Dodatkowa suma ubezpieczenia składek dodatkowych”** – kwota wynikająca z udziału w zysku naliczonego od składek dodatkowych, obliczana na zasadach określonych w Warunkach, wskazywana w Dokumencie ubezpieczenia.
- 17) **„Wartość polisy”** – suma części inwestycyjnych składki, powiększana o Dodatkową sumę ubezpieczenia.
- 18) **„Wartość wykupu”** – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczonemu albo jego spadkobiercom w przypadkach określonych w Warunkach.
- 19) **„Okres bonusowy”** – ostatnie lata polisowe, w których część inwestycyjna składki jest równa Składce. Czas trwania tego okresu ustalany jest w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela i jest wskazany w Tabeli limitów i opłat.
- 20) **„Lekarz”** – osoba posiadająca uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z przepisami polskiego prawa, specjalista odpowiedniej dziedziny.
- 21) **„Niezdolność do samodzielnej egzystencji”** – trwająca nieprzerwanie przez okres minimum 12 miesięcy, stwierdzona przez Lekarza niezdolność do samodzielnego wykonywania przynajmniej trzech z wymienionych czynności życiowych: mycie, ubieranie, poruszanie się, korzystanie z toalety, odżywanie. Za niezdolność do samodzielnej egzystencji uważa się także całkowitą i nieodwracalną utratę wzroku lub co najmniej dwóch kończyn, przy czym za utratę dwóch kończyn uważa się także utratę dwóch stóp lub stopy i dłoni lub dwóch dłoni.
- 22) **„Choroba psychiczna”** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych jako zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania, w tym nerwice.
- 23) **„Tabela limitów i opłat”** – dokument przyjęty uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, zawierający maksymalne stawki opłat, stawki limitów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia w przypadkach określonych w Warunkach oraz informacje o Okresie bonusowym. Dokument ten stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia i jest przekazywany Ubezpieczonemu wraz z Warunkami.
- 24) **„Przedstawiciel”** – osoba wykonująca czynności agencyjne na rzecz Ubezpieczyciela.

Art. 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Przedmiot i zakres – jakie sytuacje są objęte ubezpieczeniem?

W tym artykule określono m.in., w jakich sytuacjach Towarzystwo wypłaci pieniądze. Firmy ubezpieczeniowe zawsze precyzyjnie określają, za jakie zdarzenia wypłacają świadczenia. Niektóre zdarzenia objęte ubezpieczeniem wymagają bardziej szczegółowego opisu, np. niezdolność do jakiegokolwiek pracy lub do samodzielnej egzystencji. Szczególnie zachęcamy do zapoznania się z tymi informacjami. Warto też zapoznać się z art. 22, w którym wymieniono sytuacje które nie są objęte ubezpieczeniem.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe:
 - a) śmierć Ubezpieczonego w czasie trwania Umowy ubezpieczenia,
 - b) dożycie przez Ubezpieczonego dnia następnego po Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia,
 - c) niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji spowodowane wypadkiem lub chorobą, pod warunkiem że:
 - niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność do samodzielnej egzystencji utrzymują się po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego,
- oraz
- Ubezpieczonemu przyznano świadczenie rehabilitacyjne lub orzeczono całkowitą niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych; w przypadku gdy z przyczyn formalnych, niezależnych od stanu zdrowia Ubezpieczonego nie jest możliwe wydanie orzeczenia, o którym mowa wyżej, decyzję o uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie niezdolnego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub samodzielnej egzystencji podejmuje Ubezpieczyciel na podstawie dokumentacji medycznej.
- Z zakresu ubezpieczenia wyłączona jest niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej lub niezdolność do samodzielnej egzystencji spowodowana Chorobą psychiczną.
3. Za dzień zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 2 pkt c), przyjmuje się ostatni dzień 12-miesięcznego okresu:
 - nieprzerwanej, całkowitej niezdolności do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, która została potwierdzona zwolnieniami lekarskimi za okres pierwszych 6 miesięcy i świadczeniem rehabilitacyjnym lub orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych za okres kolejnych 6 miesięcy,
 - nieprzerwanej niezdolności do samodzielnej egzystencji.

Art. 3 ZAKRES I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się z dniem rozpoczęcia odpowiedzialności wskazanym w polisie, nie wcześniej niż z dniem następnym po dniu opłacenia pierwszej Składki.
Za dzień opłacenia Składki przyjmuje się dzień, w którym bank potwierdził przyjęcie tej Składki w celu jej przekazania na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, z dniem jej wygaśnięcia albo z dniem śmierci Ubezpieczonego.
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 Ubezpieczonym przed zawarciem Umowy ubezpieczenia lub powszechnie obowiązujące przepisy prawa.
4. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia na całym świecie przez 24 godziny na dobę.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, o której mowa w art. 2 ust. 2 pkt c), wygasa w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat. Wygaśnięcie odpowiedzialności nie dotyczy niezdolności Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

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

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczonego złożonego na formularzu Ubezpieczyciela (dalej: wniosek o ubezpieczenie).
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest:
 - a) przyjęcie i zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku o ubezpieczenie,
 - b) opłacenie przez Ubezpieczonego pierwszej Składki.
3. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony, na wniosek Ubezpieczyciela, zobowiązany jest do udostępnienia informacji dotyczących swojego stanu zdrowia i wykonywanego zawodu.
4. W przypadku niezawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwróci Składkę Ubezpieczonemu.

Art. 5 WIEK UBEZPIECZONEGO I CZAS TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 66 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż 25 lat, i trwa od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do Dnia zakończenia umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia nie może kończyć się później niż w Rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 75 lat.

Art. 6 WYZNACZANIE UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczony ma prawo wyznaczyć jednego Uposażonego.
2. Ubezpieczony ma prawo w dowolnym terminie w czasie trwania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Osoba wskazana uważana jest za Uposażonego z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego.

Art. 7 OBOWIĄZKI UBEZPIECZycIELA

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie na zasadach określonych w Warunkach.
2. 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. 8 OBOWIĄZKI UBEZPIECZONEGO

1. Ubezpieczony obowiązany jest do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Dokumencie ubezpieczenia.

2. Ubezpieczony obowiązany jest do udzielenia, przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zgodnych z prawdą pisemnych odpowiedzi na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku o ubezpieczenie i w innych dokumentach.
3. Naruszenie obowiązku określonego w ust. 2 zwalnia Ubezpieczyciela z odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa.

Art. 9 SKŁADKA

Składka – co się dzieje z wpłaconymi pieniędzmi?

Składka składa się z części inwestycyjnej i ochronnej. Część inwestycyjna jest przeznaczona na budowanie kwoty, która zostanie wypłacona w przypadku dożycia. Część ochronna zabezpiecza zgromadzenie określonych środków mimo zajścia wypadku takiego jak śmierć czy niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji. Podział składki na części jest wskazany w Tabeli limitów i opłat oraz przedstawiany przez Przedstawiciela przy składaniu wniosku o zawarcie ubezpieczenia. Łatwo go także znajdziesz w polisie i corocznym liście. W poniższym artykule opisano również zasady opłacania składek.

1. Procentowy udział części inwestycyjnej składki i części ochronnej składki w Składce jest ustalany zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela wskazaną w Tabeli limitów i opłat, stosownie do wieku Ubezpieczonego w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności, czasu trwania Umowy ubezpieczenia oraz z uwzględnieniem szczególnych warunków Umowy ubezpieczenia. Minimalna wysokość Składki wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.
2. Składka powinna być opłacana w terminach wymagalności wskazanych w Dokumencie ubezpieczenia (dalej: termin płatności), począwszy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności do dnia rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia.
3. Wpłata Składki powoduje podwyższenie Wartości polisy od dnia zarejestrowania przez Ubezpieczyciela tej wpłaty, nie wcześniej jednak niż od terminu jej wymagalności; Ubezpieczyciel rejestruje wpłatę Składki nie później niż w ciągu 4 dni roboczych od dnia uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela kwotą Składki.
4. W przypadku przekroczenia terminu płatności Ubezpieczyciel zaliczy otrzymaną Składkę na poczet Składki najdawniej wymagalnej.
5. Składka jest opłacana z częstotliwością miesięczną.
6. Obowiązek opłacania Składki ustaje:
 - a) z chwilą śmierci Ubezpieczonego,
 - b) z chwilą przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego,
 - c) w okresie przejęcia opłacania składek przez Ubezpieczyciela,
 - d) w okresie zawieszenia opłacania Składki.

Art. 10 SUMA UBEZPIECZENIA

Suma ubezpieczenia – ile otrzymam za składkę?

W tym ubezpieczeniu suma ubezpieczenia zostanie określona przy zawarciu umowy ubezpieczenia jako suma wszystkich części inwestycyjnych składek, które zostaną wpłacone w całym okresie trwania umowy. Zwracamy uwagę, że w okresie bonusowym na oszczędzanie przeznaczymy całą składkę, także jej ochronną część. Pomimo tego nadal będziesz objęty pełną ochroną ubezpieczeniową. W przypadku pewnych zmian w umowie ubezpieczenia Suma ubezpieczenia również ulegnie zmianie, o czym przeczytasz w ust. 2 poniżej.

Przykład 1:

Jan Kowalski, lat 35
Umowa ubezpieczenia na 15 lat
Okres bonusowy: 3 lata
Procentowy udział części inwestycyjnej składki w Składce: 90%
Składka miesięczna: 250 zł, w tym:
Część inwestycyjna składki: $90\% \cdot 250 \text{ zł} = 225 \text{ zł}$
Część ochronna składki: 25 zł
Suma ubezpieczenia: 41 400 zł
co stanowi sumę dwóch wartości:
 $225 \text{ zł} \cdot 12 \text{ miesięcy} \cdot 12 \text{ lat}$ (okres, w jakim składka inwestycyjna stanowi 90% całej składki) = 32 400 zł
 $250 \text{ zł} \cdot 12 \text{ miesięcy} \cdot 3 \text{ lata}$ (okres, w jakim cała składka powiększa wartość polisy) = 9 000 zł

1. W dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciel oblicza Sumę ubezpieczenia jako sumę dwóch wartości:
 - a) iloczynu części inwestycyjnej Składki, częstotliwości opłacania Składki oraz wyrażonego w latach czasu trwania Umowy ubezpieczenia z pominięciem Okresu bonusowego,
 - b) iloczynu Składki, częstotliwości opłacania Składki oraz czasu trwania Okresu bonusowego wyrażonego w latach.
2. Suma ubezpieczenia ulega zmianie w przypadku zmiany wysokości Składki, zawieszenia opłacania Składek, przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego oraz wypłaty części Wartości polisy.

Art. 11 ZMIANA WYSOKOŚCI SKŁADKI

Kiedy można zmienić wysokość składki i jakie to ma konsekwencje?

W tym artykule opisano, na jakich zasadach można zmienić wysokość składki oraz jakie skutki wywoła podwyższenie, a jakie obniżenie składki. Każda zmiana wysokości składki powoduje ponowne obliczenie sumy ubezpieczenia.

Przykład 2:

Jan Kowalski – dane jak w przykładzie 1

Wysokość składki przy zawarciu ubezpieczenia: 250 zł
Suma ubezpieczenia: 41 400 zł

Pan Jan po roku trwania ubezpieczenia chciałby podwyższyć składkę do 350 zł.
Część inwestycyjna nowej składki wynosi 315 zł, co stanowi 90% składki.

Nowa suma ubezpieczenia to 56 880 zł, co stanowi sumę dwóch kwot:
2 700 zł: wartość środków zgromadzonych w ciągu pierwszego roku,
54 180 zł: wartość środków, które ubezpieczony zgromadzi po podwyższeniu składki.

Jednak po kolejnych dwóch latach pan Jan stwierdził, że nie stać go na opłacanie tak wysokiej składki i chciałby obniżyć składkę do najniższego możliwego poziomu. Ponieważ nie minęło jeszcze 5 pełnych lat, składka może zostać obniżona do 250 zł wskazanych w polisie.
Suma ubezpieczenia nie powróci jednak do poziomu sprzed podwyższenia składki, będzie od niej wyższa, wyniesie 43 560 zł. Stanowi to sumę dwóch kwot:
10 260 zł: wartość środków zgromadzonych w ciągu trzech lat,
33 300 zł: wartość środków, które ubezpieczony zgromadzi po obniżeniu składki.

Po opłaceniu wszystkich składek należnych za 5 lat pan Jan zdecydował jednak obniżyć składkę do minimalnego poziomu 150 zł.
Nowa suma ubezpieczenia to 32 400 zł, co stanowi sumę dwóch kwot:
15 660 zł: wartość środków zgromadzonych w ciągu pięciu lat,
16 740 zł: wartość środków, które ubezpieczony zgromadzi po kolejnym obniżeniu składki.

1. Składka może zostać podwyższona lub obniżona na pisemny wniosek Ubezpieczonego złożony na formularzu Ubezpieczyciela i po wyrażeniu zgody przez Ubezpieczyciela:
 - począwszy od pierwszej rocznicy polisy
 - i
 - po opłaceniu wszystkich Składek należnych za pierwszy rok polisowy.
2. Podwyższenie Składki nie jest możliwe w ostatnich pięciu Latach polisowych.
3. Obniżenie Składki w pierwszych pięciu Latach polisowych jest możliwe nie więcej niż do wysokości Składki wskazanej w polisie potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 1. Począwszy od piątej Rocznicy polisy i po opłaceniu Składek należnych za pięć Lat polisowych, Składka może zostać obniżona, nie więcej niż do minimalnej wysokości Składki wskazanej w Tabeli limitów i opłat obowiązującej w dniu obniżenia.
4. Zmiana wysokości Składki powoduje przeliczenie Sumy ubezpieczenia. Nowa Suma ubezpieczenia będzie obliczona jako suma dwóch wartości:
 - a) Wartości polisy, nieuwzględniającej Dodatkowej sumy ubezpieczenia, ustalonej po zmianie wysokości Składki,
 - b) wartości obliczonej zgodnie z art. 10 ust. 1 dla nowej wysokości Składki oraz okresu, jaki pozostał od dnia zmiany wysokości Składki do Dnia zakończenia umowy ubezpieczenia.Zmiana wysokości składki nie powoduje zmiany Okresu bonusowego oraz procentowego udziału części inwestycyjnej składki i części ochronnej składki w Składce ustalanych zgodnie z obowiązującą taryfą składek Ubezpieczyciela w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności.
5. Wniosek o zmianę wysokości Składki należy złożyć na 30 dni przed terminem płatności kolejnej Składki.
6. Nowa wysokość Składki obowiązuje od terminu płatności, o którym mowa w ust. 5. Ubezpieczyciel potwierdza zmianę Składki Dokumentem ubezpieczenia w ciągu 30 dni od wejścia w życie tej zmiany.
7. Zmiana wysokości Składki nie jest możliwa w okresie, w którym Ubezpieczyciel przejął obowiązek opłacania Składek, oraz w okresie zawieszenia opłacania Składek.
8. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zmianę wysokości Składki jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.

Art. 12 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADKI

Zawieszenie opłacania składki – jak z niego skorzystać?

W tym artykule opisano zasady zawieszania opłacania składki. Może to być użyteczne rozwiązanie. Co ważne – w okresie zawieszenia nadal jest utrzymywana ochrona ubezpieczeniowa, ponieważ opłata za ochronę pobierana jest automatycznie ze zgromadzonych na polisie środków. Suma ubezpieczenia jest też pomniejszana o składki, jakie nie zostały zapłacone w okresie zawieszenia.

1. Zawieszenie opłacania Składki (dalej: zawieszenie) jest możliwe, począwszy od drugiej Rocznicy polisy i po opłaceniu Składek należnych za dwa Lata polisowe.
2. Okres zawieszenia nie może być dłuższy niż 6 Miesięcy polisowych.
3. Zawieszenie następuje na pisemny wniosek Ubezpieczonego złożony na 30 dni przed terminem płatności kolejnej Składki, za zgodą Ubezpieczyciela.
4. W okresie zawieszenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia i w kolejnych terminach odpowiadających terminom płatności Składki pomniejsza Wartość polisy o część ochronną składki. W tych samych terminach Suma ubezpieczenia jest pomniejszana o kwotę równą Składce. Pomniejszenie Wartości polisy o część ochronną składki nie ma zastosowania w Okresie bonusowym.
5. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o zawieszenie jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
6. Okres zawieszenia rozpoczyna się od terminu płatności Składki, o którym mowa w ust. 3. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza zawieszenie w ciągu 30 dni od tego terminu płatności.
7. Okres zawieszenia kończy się w terminie płatności Składki wskazanym przez Ubezpieczonego; jeżeli Ubezpieczony nie określi okresu zawieszenia, będzie to jednoznaczne z żądaniem zawieszenia na 6 Miesięcy polisowych.
8. Kolejne zawieszenie możliwe jest po upływie 5 lat od początku ostatniego okresu zawieszenia.
9. Ubezpieczony może skrócić okres zawieszenia. Wznowienie opłacania Składek następuje na wniosek Ubezpieczonego, począwszy od najbliższego terminu płatności Składki.
10. Jeżeli Ubezpieczony nie podejmie opłacania Składek w ciągu 30 dni po upływie okresu zawieszenia, Umowa ubezpieczenia zostanie przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

Art. 13 UMOWA UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO

Ubezpieczenie bezskładkowe – po co jest i jak z niego skorzystać?

Jeśli sytuacja uniemożliwia dalsze opłacanie składek, nie musisz rezygnować z realizacji planu gromadzenia środków. Niestety, oznacza to, że suma ubezpieczenia będzie niższa niż pierwotnie założona. Poniżej opisaliśmy zasady obliczania nowej sumy ubezpieczenia, której wysokość będzie określona w polisie ubezpieczenia bezskładkowego.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, począwszy od drugiej Rocznic polisy i po opłaceniu Składek należnych za dwa lata polisowe.
2. Umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w umowę ubezpieczenia bezskładkowego na wniosek Ubezpieczonego, ze skutkiem na dzień Wartości wykupu, o którym mowa w art. 17 ust. 1 pkt a.
3. Przekształcenie następuje także w sposób automatyczny:
 - a) po 30 dniach od dnia Wartości wykupu ze skutkiem na ten dzień,
 - b) po 30 dniach od dnia następującego po okresie zawieszenia – w przypadku, o którym mowa w art. 12 ust. 10, ze skutkiem na ten dzień.
4. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Wartość wykupu obliczona na dzień Wartości wykupu stanowi sumę ubezpieczenia bezskładkowego oraz
 - b) wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niezdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub niezdolności do samodzielnej egzystencji.
5. Z chwilą przekształcenia Wartość polisy zostaje zmniejszona do wysokości sumy ubezpieczenia bezskładkowego.
6. W przypadku gdy pomiędzy 30. a 90. dniem od dnia Wartości wykupu Ubezpieczony opłacił wszystkie zaległe Składki, skutki przekształcenia uznaje się za niebyłe.
7. W przypadku przekształcenia i śmierci Ubezpieczonego w ciągu 30 dni od dnia Wartości wykupu skutki przekształcenia uznaje się za niebyłe, a Ubezpieczyciel spełni świadczenie zgodnie z postanowieniami art. 21, z uwzględnieniem Sumy ubezpieczenia.
8. Warunkiem rozpatrzenia przez Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 2, jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
9. Ubezpieczyciel potwierdza przekształcenie polisy ubezpieczenia bezskładkowego, z zastrzeżeniem ust. 6.
10. W przypadku gdy przekształcenie automatyczne odbywa się w Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie pomniejszone o zaległe Składki.

Art. 14 WYPŁATA W CZASIE TRWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

Wypłata w czasie trwania umowy ubezpieczenia – na jakich zasadach?

Wypłata w czasie trwania umowy ubezpieczenia to sytuacja wyjątkowa. Ubezpieczenie zostało bowiem przygotowane z myślą o długoterminowym gromadzeniu środków. Niemniej jednak przy zachowaniu pewnych zasad taka wypłata jest możliwa i została opisana w tym artykule.

Przykład 3:

Pan Jan – dane jak w przykładzie 1
Po 3 latach wartość polisy wynosi 8 100 zł

Pan Jan chce zrobić częściową wypłatę 1 000 zł. Jest to 12,35% obecnej wartości polisy.
Kolejna wypłata będzie mogła wynieść maksymalnie 7,65% bieżącej wartości polisy, bowiem limit wypłat wynosi 20%.

Wartość polisy po wypłacie wynosi $8\,100\text{ zł} - 1\,000\text{ zł} = 7\,100\text{ zł}$
Suma ubezpieczenia wynosi $41\,400\text{ zł} - 1\,000\text{ zł} = 40\,400\text{ zł}$

Jeżeli po 6 latach wartość polisy wynosi na przykład 18 000 zł a pan Jan chce wypłacić maksymalną dostępną kwotę, może wówczas wypłacić 7,65% wartości polisy, czyli 1 377,78 zł.

1. Począwszy od drugiej Rocznic polisy i po opłaceniu Składek należnych za dwa lata polisowe, Ubezpieczony ma prawo do wypłaty części Wartości polisy. Wypłata następuje na pisemny wniosek Ubezpieczonego.
2. Minimalna wysokość wypłaty jest określona w Tabeli limitów i opłat.
3. Limit wypłat w całym okresie ubezpieczenia wynosi 20%. Każda wypłata powoduje pomniejszenie limitu 20% dokładnie o taki procent, jaki stanowi wartość dokonanej wypłaty w stosunku do Wartości polisy bezpośrednio przed jej dokonaniem.
4. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego wniosku o wypłatę kwoty wyższej niż maksymalna dostępna, ustalona przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3, Ubezpieczyciel wypłaci kwotę maksymalną dostępną.
5. Wypłata pomniejsza Wartość polisy oraz Sumę ubezpieczenia albo sumę ubezpieczenia bezskładkowego o kwotę wypłaty.
6. Warunkiem rozpatrzenia wniosku o wypłatę jest wpłacenie wszystkich zaległych Składek najpóźniej w dniu złożenia tego wniosku Ubezpieczycielowi.
7. Wypłata nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela.
8. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.
9. Ubezpieczyciel potwierdza w formie pisemnej dokonanie wypłaty oraz informuje o aktualnej wysokości Sumy ubezpieczenia albo sumy ubezpieczenia bezskładkowego i Wartości polisy.

Art. 15 SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczony ma prawo do wpłacania Składki dodatkowej od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela.
2. Wpłacanie Składki dodatkowej nie uchyła obowiązku opłacania Składek oraz nie wpływa na Sumę ubezpieczenia.
3. Minimalna wysokość Składki dodatkowej wskazana jest w Tabeli limitów i opłat.

Art. 16 WYPŁATA SUMY UBEZPIECZENIA SKŁADEK DODATKOWYCH

Wypłata w czasie trwania umowy ubezpieczenia wartości zgromadzonej ze składek dodatkowych.

Podobnie jak w przypadku składek, które wpłacasz regularnie i które budują wartość polisy, w trakcie trwania umowy możliwe jest także wypłacanie części środków pochodzących ze składek dodatkowych. W tym przypadku masz większą swobodę w dysponowaniu zgromadzonymi środkami. Musisz jednak brać pod uwagę należną opłatę, której wysokość określono w Tabeli limitów i opłat. Opłata nie zostanie pobrana, gdy zaczekasz z wypłatą do końca umowy ubezpieczenia.

1. Ubezpieczony ma prawo do wypłaty całości albo części Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych w dowolnym momencie w czasie trwania Umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata następuje na wniosek Ubezpieczonego nie później niż w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego wniosku przez Ubezpieczyciela.
3. Minimalna wysokość wypłaty oraz minimalna Suma ubezpieczenia składek dodatkowych są określone w Tabeli limitów i opłat.
4. Każda wypłata podlega opłacie wskazanej w Tabeli limitów i opłat, z zastrzeżeniem ust. 6. Suma ubezpieczenia składek dodatkowych zostanie pomniejszona o kwotę opłaty.
5. Jeżeli wypłata, o którą wnioskuję Ubezpieczony, spowoduje zmniejszenie Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych do kwoty niższej niż wskazana w Tabeli limitów i opłat, Ubezpieczyciel wypłaci całą Sumę ubezpieczenia składek dodatkowych oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia składek dodatkowych. Wypłacana kwota zostanie pomniejszona o opłatę, o której mowa w ust. 4.
6. Opłata nie jest pobierana w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dożycia przez Ubezpieczonego Dnia zakończenia umowy ubezpieczenia oraz w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.
7. Wypłata Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych i Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia.
8. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.

Art. 17 WARTOŚĆ WYKUPU

Wartość wykupu – czym jest i na jakich zasadach jest wypłacana?

Wartość wykupu to kwota, która zostanie wypłacona w przypadku rozwiązania umowy przed ustalonym terminem lub gdy odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona. Prawo do otrzymania wartości wykupu przysługuje od drugiej Rocznic polisy, pod warunkiem opłacenia składek za pierwsze dwa lata.

Przykład 4:

Pan Jan chciałby zrezygnować z umowy i otrzymać wartość wykupu.

Przez 5 lat opłacał składkę miesięczną w wysokości 250 zł, z czego 225 zł stanowiło część inwestycyjną. Opłacił też składkę za pierwszy miesiąc szóstego roku po czym zrezygnował z umowy.

Wartość polisy wynosi 13 725 zł.

Wartość wykupu jest obliczana w następujący sposób:

Wartość wykupu w 6. roku polisowym (po opłaceniu składek za 5 pełnych lat polisowych) wynosi zgodnie z tabelą 90% wartości polisy, czyli $90\% \cdot 13\,725 \text{ zł} = 12\,352,50 \text{ zł}$

1. Ubezpieczony nabywa prawo do wypłaty Wartości wykupu poczynając od drugiej Rocznic polisy, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek należnych za dwa Lata polisowe. Wartość wykupu stanowi wtedy określony w poniższej tabeli procent Wartości polisy pomniejszonej o część inwestycyjną składki opłaconej za okres, w którym Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej, obliczonej na wcześniejszy z dni (dzień Wartości wykupu):
 - a) dzień następujący po ostatnim dniu ostatniego opłaconego okresu, tj. termin płatności Składki najdawniej wymagalnej
 - albo
 - b) dzień rozwiązania bądź wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia.

Liczba pełnych Lat polisowych, które minęły od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności, za które opłacono należną Składkę	% Wartości polisy
2	70 %
3	75 %
4	80 %
5	90 %
6 i więcej	100 %

2. Wypłata Wartości wykupu powoduje wypłatę Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych i Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych, z zachowaniem postanowień art. 16 ust. 4.
3. Wypłata Wartości wykupu oraz Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych i Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych nastąpi nie później niż w terminie 7 dni od dnia rozwiązania albo wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia.
4. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.
5. Wartość wykupu obliczona zgodnie z postanowieniami ust. 1 jest powiększana o część opłaconej Składki należnej za okres, w którym Ubezpieczyciel nie będzie udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
6. Wartość wykupu po przekształceniu Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe stanowi 100% Wartości polisy.

Art. 18 UDZIAŁ W ZYSKU

Udział w zysku – jak jest liczony?

Ta część składki, która przeznaczona jest na inwestowanie, oraz składki dodatkowe pracują na Twój zysk. W przypadku osiągnięcia zysku z inwestowania środków Towarzystwo dopisuje ten zysk w postaci dodatkowej sumy ubezpieczenia, a w przypadku składki dodatkowej – dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych. Na przykładzie poniżej pokazano typową sytuację ilustrującą sposób naliczania udziału w zysku.

Przykład 5:

Pan Jan – dane jak w przykładzie 1

Ochrona ubezpieczeniowa pana Jana rozpoczęła się 1 lipca 2010 roku.

Na początku 2013 roku wartość polisy wynosi 7 000 zł. Część inwestycyjna składki jest równa 225 zł miesięcznie.

Żałujemy, że stopa zwrotu z inwestycji obliczona na koniec 2013 roku wynosi 5,2%, a procentowy wskaźnik kosztów – 2,2%.

Stopa zwrotu do udziału w zysku za 2013 rok wyniesie $5,2\% - 2,2\% = 3\%$.

Udział w zysku naliczony na koniec roku wynosi 253,88 zł. Kwota ta została obliczona w następujący sposób:

$$\begin{aligned} &7\,000 \text{ zł} * 3\% + \\ &225 \text{ zł} * 3\% * (12/12) + \\ &225 \text{ zł} * 3\% * (11/12) + \\ &225 \text{ zł} * 3\% * (10/12) + \\ &\dots \text{ kolejne miesiące wg ww. wzorca} \\ &225 \text{ zł} * 3\% * (1/12) \end{aligned}$$

W nawiasie podano czas, jaki upłynął od opłacenia składki do końca roku kalendarzowego – dla uproszczenia jako dwunaste części roku.

1. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia i pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek należnych do końca danego roku kalendarzowego Ubezpieczyciel może naliczyć udział w zysku osiągniętym z inwestowania środków stanowiących Wartość polisy, Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych i Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych. Udział w zysku jest podstawą obliczenia Dodatkowej sumy ubezpieczenia oraz Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych i jest naliczany na ostatni dzień każdego roku kalendarzowego za czas trwania Umowy ubezpieczenia w danym roku kalendarzowym.
W przypadku gdy Ubezpieczony nie opłaci Składki w terminie wymagalności i wpłata ta nie zostanie zarejestrowana przez Ubezpieczyciela przed końcem danego roku kalendarzowego, udział w zysku zostanie naliczony w dniu następnym po zarejestrowaniu tej wpłaty albo w dniu następnym po przekształceniu Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe; Ubezpieczyciel zarejestruje wpłatę Składki nie później niż w ciągu 4 dni roboczych od dnia uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela kwotą Składki.
W roku kalendarzowym, w którym przypada Dzień zakończenia umowy ubezpieczenia, udział w zysku jest naliczany na Dzień zakończenia umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich należnych Składek.
2. Podstawą do naliczenia udziału w zysku jest:
 - a) Wartość polisy z początku okresu, za który przyznawany jest udział w zysku, z uwzględnieniem:
 - zawieszenia opłacania Składki,
 - wypłaty w czasie trwania Umowy ubezpieczenia,
 - przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, które miały miejsce w danym roku kalendarzowym,
 - b) wartość części inwestycyjnych składek opłaconych w danym roku kalendarzowym z uwzględnieniem okresu, który upłynął od dnia zarejestrowania przez Ubezpieczyciela tej wpłaty, nie wcześniej jednak niż od terminu jej wymagalności; Ubezpieczyciel zarejestruje wpłatę Składki nie później niż w ciągu 4 dni roboczych od dnia uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela kwotą Składki,
 - c) Suma ubezpieczenia składek dodatkowych i Dodatkowa suma ubezpieczenia składek dodatkowych, z uwzględnieniem:
 - wypłaty całości lub części Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych, które miały miejsce w danym roku kalendarzowym,
 - okresu, który upłynął od dnia zarejestrowania przez Ubezpieczyciela wpłaty Składki dodatkowej w danym roku kalendarzowym, do dnia, na który naliczany jest udział w zysku; Ubezpieczyciel zarejestruje wpłatę Składki nie później niż w ciągu 4 dni roboczych od dnia uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela kwotą Składki,
 - d) stopa procentowa udziału w zysku skalkulowana jako zrealizowana przez Ubezpieczyciela stopa zwrotu z inwestowania środków, o których mowa w ust. 1, łącznie dla Umów ubezpieczenia, pomniejszona o procentowy wskaźnik kosztów, nie większy niż 2,2%; wskaźnik ten jest określany uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela i jego wartość dla Umowy ubezpieczenia jest wskazywana w Dokumencie ubezpieczenia; w przypadku gdy tak obliczona stopa procentowa udziału w zysku jest mniejsza od zera, przyjmuje się jej wartość zero.

$$\text{stopa procentowa udziału w zysku} = \max(\text{stopa zwrotu z inwestowania środków, o których mowa w ust. 1} - \text{procentowy wskaźnik kosztów}; 0)$$

W co inwestowane są środki z umowy ubezpieczenia?

W poniższej części artykułu określono kategorie środków, w które inwestowane są części inwestycyjne składek opłacanych regularnie oraz składki dodatkowe, od których naliczany jest udział w zysku. W przeważającej części są to bezpieczne papiery wartościowe ściśle określone w przepisach prawa – oznacza to, że priorytetem w tym ubezpieczeniu jest bezpieczeństwo. W ten sposób Towarzystwo zapewnia, że inwestowanie środków w ramach umowy ubezpieczenia nie przyniesie straty. Maksymalnie 5% środków inwestowane jest w instrumenty o wyższym stopniu ryzyka, co pozwala, choć tego nie gwarantuje, osiągnąć dodatkowe zyski.

- Zrealizowana przez Ubezpieczyciela stopa zwrotu, o której mowa w pkt d), jest obliczana jako ważona stopa zwrotu zrealizowana z inwestowania środków, o których mowa w ust. 1, w dwa typy instrumentów finansowych. Nie mniej niż 95% inwestowane jest w bezpieczne papiery wartościowe, o których mowa w art. 154 ust. 6 pkt 1-3 oraz 11-12 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66). Pozostała część środków jest inwestowana w instrumenty pochodne, z wyłączeniem roku kalendarzowego, w którym przypada Dzień zakończenia umowy ubezpieczenia, w którym 100% środków jest inwestowane w bezpieczne papiery wartościowe.
3. Każdorazowo po naliczeniu udziału w zysku obliczana jest nowa wysokość Dodatkowej sumy ubezpieczenia i Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych.

4. Ubezpieczyciel, w terminie 30 dni od naliczenia udziału w zysku informuje na piśmie Ubezpieczonego o wysokości Dodatkowej sumy ubezpieczenia oraz Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych.

Art. 19 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU DOŻYCIA

Co zostanie wypłacone w przypadku dożycia końca okresu ubezpieczenia?

W przypadku dożycia końca okresu ubezpieczenia wypłacimy Ci:

- sumę ubezpieczenia zbudowaną ze składek opłacanych regularnie,
- sumę ubezpieczenia pochodzącą ze składek dodatkowych,
- dodatkowe sumy ubezpieczenia pochodzące z udziału w zysku naliczonego od części inwestycyjnych składek opłacanych regularnie oraz składek dodatkowych.

1. Ubezpieczony nabywa prawo do świadczenia z chwilą dożycia dnia następnego po Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę:
 - Sumy ubezpieczenia albo w przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładowego - sumy ubezpieczenia bezskładowego,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia,
 - Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych, obowiązujących w Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia.
3. Wypłata zostanie zrealizowana w terminie 7 dni od Dnia zakończenia umowy ubezpieczenia.
4. Wypłata zostanie dokonana na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczonego.

Art. 20 PRZEJĘCIE OPŁACANIA SKŁADEK PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Kiedy Towarzystwo przejmie opłacanie składek?

Przejęcie opłacania składek to korzyść związana z ochronną funkcją umowy ubezpieczenia. Koszt tego świadczenia mieści się w części ochronnej składki. W sytuacji, w której stracisz zdolność do wykonywania pracy albo do samodzielnej egzystencji (por. art. 2 OWU), dalsze opłacanie składek może być utrudnione bądź niemożliwe, ponieważ zdarzenia te mogą bardzo wpłynąć na Twoje finanse.

Przejęcie opłacania składek powoduje, że ubezpieczenie trwa nadal, a wskazana w polisie suma ubezpieczenia zostanie zgromadzona tak, jakbyś sam kontynuował wpłacanie składek. Dzięki temu kwotę składki możesz wykorzystać na inne cele.

W niniejszym artykule określono, w jakich sytuacjach nastąpi przejęcie opłacania składek. Otrzymanie świadczenia związane jest ze spełnieniem pewnych warunków. Zostały one wprowadzone po to, by przejęcie opłacania składek było dostępne w sytuacjach, w których najbardziej tego potrzebujesz, gdy niezdolność do pracy lub samodzielnej egzystencji została potwierdzona badaniami lekarskimi oraz jest stanem trwającym ponad 12 miesięcy.

1. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt c).
2. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez przejęcie opłacania Składek od terminu płatności Składki następującego po dniu zajścia tego zdarzenia ubezpieczeniowego, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
3. Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie Składek na czas określony. Ubezpieczony otrzymuje pisemną informację o długości okresu przejęcia opłacania Składek. Jeżeli niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej nastąpiła przed 65. rokiem życia Ubezpieczonego i utrzymuje się po tym dniu, Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek do ustąpienia niezdolności.
4. Rozpatrzenie wniosku o przejęcie opłacania Składek następuje na podstawie następujących dokumentów:
 - a) urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość i datę urodzenia Ubezpieczonego,
 - b) zwolnień lekarskich potwierdzających nieprzerwaną niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej za okres pierwszych 6 miesięcy niezdolności,
 - c) decyzji o przyznaniu świadczenia rehabilitacyjnego lub orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniach społecznych za okres powyżej 6. miesiąca,
 - d) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia potwierdzającej wystąpienie całkowitej niezdolności do pracy lub niezdolności do samodzielnej egzystencji będącej podstawą złożenia wniosku o wypłatę świadczenia,
 - e) w przypadku wypadku – dokumentacji potwierdzającej zajście i okoliczności tego wypadku,
 - f) innych dokumentów, niezbędnych do określenia tytułu wypłaty świadczenia – na wniosek Ubezpieczyciela.
5. Na wniosek Ubezpieczyciela Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym, które przeprowadzane są na koszt Ubezpieczyciela w autoryzowanych przez niego placówkach medycznych w celu określenia, czy Ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy zarobkowej lub niezdolny do samodzielnej egzystencji, czy pozostaje nadal w tym stanie oraz w celu ustalenia okoliczności powstania tej niezdolności.
6. Odmowa poddania się badaniom lekarskim lub diagnostycznym lub nieprzesłanie dokumentów w terminie określonym przez Ubezpieczyciela będzie skutkować odmową przejęcia opłacania Składek lub utratą prawa do dalszego korzystania z przejęcia opłacania Składek przez Ubezpieczyciela.
7. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Ubezpieczony powinien starać się o złagodzenie skutków zaistniałego zdarzenia poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez Lekarza leczeniu.
8. Do momentu przejęcia opłacania Składek przez Ubezpieczyciela obowiązek ich opłacania spoczywa na Ubezpieczonym.
9. W terminie 30 dni, licząc od dnia przejęcia opłacania Składek, Ubezpieczyciel zwróci Ubezpieczonemu Składkę lub jej wielokrotność opłaconą przez Ubezpieczonego po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
10. Ubezpieczyciel spełni świadczenie nie później niż w terminie 30 dni po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione nie później niż w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
11. W przypadku odmowy spełnienia świadczenia Ubezpieczony może złożyć pisemne odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela. W uzasadnieniu odmowy Ubezpieczyciel informuje o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

Art. 21 WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Kiedy i na jakich zasadach wypłacone zostanie świadczenie z tytułu śmierci?

Świadczenie z tytułu śmierci wynika z ochronnej funkcji ubezpieczenia. Koszt tego świadczenia jest również finansowany z części ochronnej składki. Towarzystwo wypłaci określoną kwotę w przypadku śmierci Ubezpieczonego.

Uposażony ma do wyboru: poczekać do zaplanowanego przez Ciebie terminu zakończenia umowy i odebrać pełną sumę ubezpieczenia albo wybrać wypłatę wcześniejszą, w niższej wysokości. Jeśli zdecyduje się poczekać, będzie także brał udział w kolejnych, corocznych podziałach zysku.

Ten fragment OWU opisuje, w jaki sposób wskazana przez Ciebie osoba otrzyma świadczenie, wskazuje też niezbędne dokumenty i terminy.

1. Z chwilą śmierci Ubezpieczonego Uposażony nabywa prawo do świadczenia, chyba że odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Ubezpieczyciel powinien zostać zawiadomiony o śmierci Ubezpieczonego. Zawiadomienie to może nastąpić poprzez przesłanie wniosku o wypłatę świadczenia. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć:
 - a) oryginał skróconego odpisu aktu zgonu,
 - b) zaświadczenie stwierdzające przyczynę śmierci Ubezpieczonego wystawione przez Lekarza lub stosowne władze,
 - c) urzędowy dokument potwierdzający tożsamość i datę urodzenia Uposażonego.
3. We wniosku Uposażony wskazuje, czy Ubezpieczyciel ma dokonać wypłaty świadczenia w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. W razie braku wskazania, że wypłata ma nastąpić w terminie 30 dni od zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, świadczenie zostanie wypłacone na wniosek Uposażonego:
 - a) złożony po Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia,
 - b) złożony po śmierci Ubezpieczonego, ale przed Dniem zakończenia umowy ubezpieczenia,w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku.

Uposażony lub inna osoba uprawniona do świadczenia podają numer rachunku bankowego, na który zostanie dokonana wypłata świadczenia. Gdyby wyjaśnienie w terminie 30 dni od dnia zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe, chyba że Uposażony wskazał, że świadczenie ma być wypłacone w terminie późniejszym.
4. Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez wypłatę:
 - a) w przypadku wypłaty po Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia:
 - Sumy ubezpieczenia albo w przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe – sumy ubezpieczenia bezskładkowego,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia,
 - Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych,obowiązujących w Dniu zakończenia umowy ubezpieczenia,
 - b) w przypadku wypłaty przed Dniem zakończenia umowy ubezpieczenia:
 - iloczynu Sumy ubezpieczenia i procentowego wskaźnika Sumy ubezpieczenia wskazanego w Tabeli limitów i opłat albo w przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe – sumy ubezpieczenia bezskładkowego,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia,
 - Sumy ubezpieczenia składek dodatkowych,
 - Dodatkowej sumy ubezpieczenia składek dodatkowych,obowiązujących w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia;Świadczenie nie może być niższe niż Wartość polisy powiększona o Sumę ubezpieczenia składek dodatkowych oraz Dodatkową sumę ubezpieczenia składek dodatkowych obowiązujących w dniu złożenia wniosku.
5. W okresie od dnia śmierci Ubezpieczonego do, odpowiednio, Dnia zakończenia umowy ubezpieczenia albo dnia złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt b), Ubezpieczyciel będzie powiększał Wartość polisy w taki sposób, jakby Składki były nadal opłacane w wysokości obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego. Tak powiększana Wartość polisy będzie podstawą do przyznawania udziału w zysku.
6. Wypłata, o której mowa w ust. 4, zostanie dokonana na rachunek bankowy Uposażonego, a w przypadku jego śmierci – na rachunek bankowy jego spadkobierców, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
7. Jeżeli w Umowie ubezpieczenia nie wskazano Uposażonego lub Uposażony zmarł, nie istnieje lub utracił prawo do świadczenia przed śmiercią Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacone w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 2, otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w kolejności według następujących kategorii:
 - a) małżonek,
 - b) dzieci,
 - c) wnuki,
 - d) rodzice,
 - e) rodzeństwo,
 - f) dzieci rodzeństwa.
8. Otrzymanie świadczenia przez osoby zaliczone do wyższej kategorii wyklucza jego otrzymanie przez osoby zaliczone do niższej kategorii (kategoria najwyższa – „a”). Osoby zaliczone do tej samej kategorii otrzymują świadczenie w równych częściach.
9. W przypadku braku osób wymienionych w ust. 7 uprawnionych do świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone spadkobiercom Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania spadkodawcy i Skarbu Państwa.
10. W przypadku 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.
11. Świadczenie nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

Art. 22 WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

Kiedy Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności?

Ubezpieczenie od wszystkich ryzyk jest prawie niemożliwe i byłoby bardzo drogie. Tak jest np. w sytuacji, gdy zdarzenie jest związane ze skażeniem radioaktywną substancją lub z wojną. Są też okoliczności, w których obejmowanie ubezpieczeniem przerzucałoby konsekwencje ryzykownych decyzji niektórych osób na pozostałych ubezpieczonych w postaci zwiększonych składek, tak jest np. z samobójstwem, poddaniem się zabiegom medycznym poza kontrolą lekarza, czynnym udziałem w zamieszkach lub sytuacją, w której wypadek spowodowany jest pod wpływem alkoholu.

Co to oznacza? Dla większości osób w typowych sytuacjach wyłączenia te nie mają praktycznego znaczenia. Jednak jeśli np. bierzesz udział w wyścigach motocyklowych i dane zdarzenie będzie miało związek z tym ryzykownym sportem, to nie będzie objęte ubezpieczeniem.

Dlatego wskazane jest, abyś uważnie zapoznał się z listą wyłączeń.

Aby zachować ciągłość ochrony ubezpieczeniowej, powinieneś opłacać składki terminowo. Pamiętaj, że ochrona ubezpieczeniowa zostanie wyłączona po 30 dniach zaległości w opłaceniu składki.

1. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i 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 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,
 - e) poddania się zabiegom o charakterze medycznym odbywanym poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych,
 - f) samobójstwa w pierwszych dwóch latach polisowych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, jeżeli Ubezpieczony nie opłaci Składki w terminie 30 dni, licząc od dnia następnego po terminie płatności i zdarzenie ubezpieczeniowe zajdzie po upływie ww. terminu, chyba że Umowa ubezpieczenia została przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o której mowa w art. 13.
3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności, i nie spełni świadczenia, jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe, o którym mowa w art. 2 ust. 2 pkt c), zostało spowodowane lub wydarzyło się w bezpośrednim następstwie:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - b) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli pozostawał on świadomie pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie Lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - c) wykonywania przez Ubezpieczonego obowiązków służbowych jako funkcjonariusza policji, kaskadera, pracownika platformy wiertniczej, strażaka, nurka, pilota (z wyjątkiem pilotów licencjonowanych linii lotniczych), osoby pracujące na wysokości powyżej 10 metrów, osoby pracujące pod ziemią, osoby pracujące z materiałami wybuchowymi, substancjami toksycznymi lub radioaktywnymi,
 - d) udziału Ubezpieczonego w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze: sportach motorowych, motorowodnych, nurkowaniu (z wyjątkiem nurkowania z rurką), skokach do wody, sportach lotniczych, spadochronowych, skokach na linie, wspinaczce wysokogórskiej lub skałkowej, sportach walki.
4. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi w okolicznościach, w których wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela, Ubezpieczyciel wypłaci Wartość wykupu zgodnie z postanowieniami art. 17.

Art. 23 ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, licząc od dnia otrzymania polisy.
2. W terminie 30 dni od dnia otrzymania pisemnego odstąpienia od Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczonemu Składkę.

Art. 24 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia. Umowa ulega rozwiązaniu z końcem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym Ubezpieczycielowi doręczono pisemne oświadczenie Ubezpieczonego o wypowiedzeniu tej umowy, o ile wcześniej nie nastąpi jej rozwiązanie w trybie określonym w ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana po uprzednim wezwaniu Ubezpieczonego do zapłaty po upływie 90 dni od dnia, w którym nie została opłacona pierwsza zaległa Składka, o ile wcześniej nie nastąpi przekształcenie Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
3. Złożenie wniosku o wypłatę Wartości wykupu jest równoznaczne ze złożeniem wniosku o wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci Wartość wykupu na zasadach określonych w art. 17.
5. Ubezpieczonemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z uwzględnieniem zapisów art. 17 ust 5.

Art. 25 WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego w okolicznościach, w których odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona.
2. Umowa ubezpieczenia wygasa z upływem czasu, na jaki została zawarta.
3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego Umowa ubezpieczenia wygasa z chwilą wypłaty świadczenia.

Art. 26 ROZPATRYWANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Osoba, która złożyła wniosek o ubezpieczenie, Ubezpieczony, Uposażony lub osoba uprawniona z Umowy ubezpieczenia mogą złożyć skargę lub zażalenie na czynności lub bezczynność Ubezpieczyciela telefonicznie, pisemnie (zgodnie z zasadami przekazywania korespondencji wskazanymi w art. 28) lub osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie.
2. Na życzenie Ubezpieczyciela skargi lub zażalenia złożone telefonicznie muszą być potwierdzone w formie pisemnej.
3. Ubezpieczyciel udziela odpowiedzi na skargę lub zażalenie w tej samej formie, w jakiej były one złożone, albo pisemnie, w terminie 30 dni od ich otrzymania.
4. Od rozstrzygnięcia zawartego w pisemnej odpowiedzi udzielonej skarżącemu przysługuje odwołanie do Zarządu Ubezpieczyciela.
5. Od ostatecznego rozstrzygnięcia Ubezpieczyciela dotyczącego skargi lub zażalenia przysługuje skarga do Rzecznika Ubezpieczonych i do organu nadzoru.
6. Sposób składania odwołań dotyczących wypłaty świadczenia został uregulowany w art. 20 ust. 11 i art. 21 ust. 10.

ART. 27 TECHNICZNA STOPA PROCENTOWA

Stopa techniczna rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla umowy ubezpieczenia wynosi zero procent.

ART. 28 PRZEKAZYWANIE KORESPONDENCJI

1. Wszelkie zapytania, zawiadomienia, oświadczenia i wnioski związane z Umową ubezpieczenia (dalej: korespondencja), z wyjątkiem przekazanych osobiście w siedzibie Ubezpieczyciela w Warszawie, adresowane do Ubezpieczyciela powinny być przesyłane na adres siedziby Ubezpieczyciela w Warszawie, z zastrzeżeniem skarg i zażaleń, o których mowa w art. 26. Korespondencja kierowana do Ubezpieczyciela powinna zawierać numer Umowy ubezpieczenia oraz podpis osoby uprawnionej.
2. Na podstawie wcześniejszego pisemnego upoważnienia Ubezpieczyciela wskazane przez niego rodzaje zapytań, zawiadomień, oświadczeń i wniosków mogą być przekazywane w innej formie niż pisemna.
3. Po wcześniejszym uzgodnieniu z adresatem korespondencji Ubezpieczyciel może przekazywać informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia w formie innej niż pisemna, mimo zastrzeżenia dla niej w Warunkach formy pisemnej.
4. Ubezpieczyciel przysyła korespondencję w formie pisemnej lub innej uzgodnionej formie na ostatni adres korespondencyjny podany przez adresata korespondencji. Zawiadomienia i oświadczenia Ubezpieczyciela mogą być również przesyłane drogą elektroniczną na wskazany przez Ubezpieczonego adres e-mail lub numer telefonu komórkowego.
5. O ile poszczególne postanowienia Warunków nie regulują tej kwestii odmiennie, to wszystkie dokumenty wskazane w Warunkach powinny być dostarczone Ubezpieczycielowi w oryginałach. Jeżeli nie jest możliwe dostarczenie oryginałów dokumentów urzędowych, należy dostarczyć ich urzędowe odpisy; inne dokumenty mogą być w takiej sytuacji dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza. Jeżeli dostarczenie kopii poświadczonych za zgodność z oryginałem przez notariusza jest utrudnione, wymagane dokumenty mogą zostać dostarczone w kopiach poświadczonych za zgodność z oryginałem przez osobę reprezentującą Ubezpieczyciela.
6. Jeżeli dostarczenie w wyżej wskazanej formie dokumentów znajdujących się w sądach, prokuraturze, jednostkach organizacyjnych policji, szpitalach, innych organach bądź instytucjach jest niemożliwe, utrudnione lub osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia nie zamierza przedstawić ww. dokumentów, osoba ta zobowiązana jest do podania Ubezpieczycielowi nazwy i adresu organu lub instytucji, w której dokumenty te się znajdują.

ART. 29 DUPLIKAT DOKUMENTU UBEZPIECZENIA

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

ART. 30 OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

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

ART. 31 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. 32 ZMIANA TREŚCI TABELI LIMITÓW I OPŁAT

1. Tabela limitów i opłat może być z ważnych przyczyn zmieniona uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela, z uwzględnieniem ust. 3.
2. Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku wydania:
 - a) wiążących Ubezpieczyciela zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - b) orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub w części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - c) orzeczenia przez Sąd Najwyższy, sąd powszechny, Naczelny Sąd Administracyjny lub inny sąd administracyjny.Ważną przyczyną, o której mowa w ust. 1, jest również istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, w wyniku której wystąpi jedno z następujących zdarzeń:
 - a) wzrost rentowności jednego z typów obligacji Skarbu Państwa Rzeczypospolitej Polskiej notowanych na rynku wtórnym o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - b) wzrost stopy referencyjnej (określanej przez bank centralny), waluty będącej prawnym środkiem płatniczym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, o ponad 950 punktów bazowych w okresie 12 kolejnych miesięcy,
 - c) spadek indeksu Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. WIG lub WIG20 lub WIG-BANKI o ponad 25% w okresie 12 kolejnych miesięcy.
3. Zmiana wskazana w ust. 1 następuje poprzez doręczenie Ubezpieczonemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat. Zmiana wchodzi w życie, o ile w terminie 14 dni od doręczenia Ubezpieczonemu nowego tekstu Tabeli limitów i opłat Ubezpieczony nie złoży oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.

ART. 33 PRAWO WŁAŚCIWE. ROZSTRZYGANIE SPORÓW

1. Umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Warunków podlega przepisom prawa polskiego, a w szczególności przepisom ustawy o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2010 r. nr 11, poz. 66) oraz kodeksu cywilnego (Dz.U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 z późniejszymi zmianami).
2. Powództwo o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia może być wytoczone przed sąd właściwy dla siedziby Ubezpieczyciela albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.

ART. 34 WEJŚCIE W ŻYCIE WARUNKÓW

Warunki, zatwierdzone przez Zarząd ING Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie S.A. uchwałą nr 76/2011 z dnia 14 października 2011 roku, wchodzi w życie z dniem 14 listopada 2011 roku.

Tomasz Bławat



Prezes Zarządu

Ewa Zorychta-Kąkol



Członek Zarządu

