

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (NPER/J/9/2018)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 uwzględnieniem definicji w § 1 § 16 ust. 1 § 25 ust. 1-4 § 27 ust. 1 § 30 ust. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 5 ust. 2 § 23
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 3 ust. 4 § 6 ust. 1-5 § 7 ust. 2 § 8 § 9 ust. 7 § 10 § 11 § 12 § 14 ust. 5 § 16 ust. 5 i 9 § 24 ust. 1, 2 i 4 § 25 ust. 2 i 4 § 30 ust. 5 pkt 3 § 31 ust. 1
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16 ust. 1 § 27 ust. 1-3



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UNIWERSALNEGO – NOWA PERSPEKTYWA
(NPER/J/9/2018)**

**§ 1.
DEFINICJE**

Ilekcroć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu, używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

- 1) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki funduszy określonej w głównej umowie ubezpieczenia części wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dotatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana jako uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy;
- 4) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym polisa, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 5) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 6) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU;
- 7) **jednostki funduszu** – udziały o jednakowej wartości, na które pojęciowo jest podzielony ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;

- 8) **miesiące ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeśli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 9) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 10) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie odpowiednio umowy ubezpieczenia albo dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 11) **rachunki jednostek** – wydzielone pojęciowo dla głównej umowy ubezpieczenia rachunki jednostek funduszy, na których zarachowuje się i odlicza jednostki funduszy w sposób określony w OWU; wyróżnia się następujące rodzaje rachunków:
- rachunek podstawowy, na którym zarachowuje się jednostki funduszy w wyniku alokacji składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia,
 - rachunek dedykowany, na którym zarachowuje się jednostki funduszy w wyniku alokacji składek przeznaczonych na ten rachunek;
- 12) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 13) **rocznica ubezpieczenia** – wskazany w dokumencie ubezpieczenia dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia;
- 14) **rok ubezpieczenia** – okres, który rozpoczyna się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia albo w rocznicę ubezpieczenia i który kończy się z dniem poprzedzającym następującą po tej dacie rocznicę ubezpieczenia;
- 15) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 16) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 17) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy lub fundusz** – wyodrębniona pojęciowo część aktywów Towarzystwa gromadzona i inwestowana z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 18) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy główna umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia mniej niż 70 (siedemdziesiąt) lat;
- 19) **umowa ubezpieczenia** – główna umowa ubezpieczenia oraz dodatkowe umowy ubezpieczenia;
- 20) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego;
- 21) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
- 22) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu zarachowuje się na rachunek i odlicza z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 23) **wartość rachunku dedykowanego** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na danym rachunku dedykowanym;
- 24) **wartość rachunku podstawowego** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku podstawowym;
- 25) **wiek ubezpieczonego** – wiek ubezpieczonego określany jako ostatnia rocznica jego urodzin; wiek ubezpieczonego jest określany w dniu rejestracji wniosku ubezpieczeniowego, a następnie jest przeliczany w każdą rocznicę ubezpieczenia; wiek ubezpieczonego jest wskazany w dokumencie ubezpieczenia;
- 26) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
- Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
- Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego jest równa sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci, powiększonej o sumę wartości rachunków dedykowanych, a następnie pomniejszonej o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 3.

ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

- Główna umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
- Główna umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia głównej umowy ubezpieczenia na formularzu wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełnie.
- Przed zawarciem głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo o ile nie postanowi inaczej, uzyskuje w formie ankiety, informacje dotyczące potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej ubezpieczającego tak, aby mogło dokonać oceny, które z ubezpieczeń będących w ofercie Towarzystwa jest odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego. W przypadku głównej umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek postanowienie zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego. Główna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego i ubezpieczonego. W przeciwnym razie główna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez ubezpieczającego i ubezpieczonego odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa. Ubezpieczający lub ubezpieczony mogą odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej.
- Przed zawarciem głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa, z zastrzeżeniem zdania ostatniego oraz § 25 ust. 2. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia ubezpieczonego oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wystąpił z wnioskiem o udostępnienie wyników badań analitycznych i lekarskich, o których mowa powyżej i główna umowa ubezpieczenia nie została zawarta wskutek rezygnacji którejkolwiek z tych osób z jej zawarcia, Towarzystwo ma prawo do potrącenia z wpłaconej składki ubezpieczeniowej kosztów tych badań.
- Główną umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia ubezpieczającemu polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczający i ubezpieczony powinni złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności ubezpieczony powinien złożyć pisemne oświadczenie dotyczące swojego stanu zdrowia i stylu życia oraz pisemnie upoważnić Towarzystwo do zasięgania w innych podmiotach informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego.
- W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia głównej umowy ubezpieczenia albo zaproponować ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach głównej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a główna umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
- Postanowienia ust.6 stosuje się również wtedy, gdy złożony wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia OWU lub treść formularza wniosku ubezpieczeniowego, albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w OWU.

§ 4.
OKRES UBEZPIECZENIA

1. Pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest wskazany w dokumencie ubezpieczenia, a ostatnim dniem okresu ubezpieczenia jest dzień rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa w ramach zawartej głównej umowy ubezpieczenia przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki regularnej.

§ 5.
SUMY UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci, z zastrzeżeniem ust.2, jest obliczana jako większa z dwóch wartości, którymi są: podstawowa suma ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz 103 (sto trzy) procent wartości rachunku podstawowego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest równa wartości rachunku podstawowego, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła:
 - 1) w związku z samobójstwem ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terrorizmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terrorizmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
3. Podstawowa suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest wskazana w dokumencie ubezpieczenia i może ulec zmianie zgodnie z zasadami określonymi w § 8, § 16 ust. 4, § 19 ust. 5 oraz § 24 ust. 2.

§ 6.
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową regularnie (składka regularna) oraz w dowolnym czasie (składka dodatkowa).
2. Składka regularna składa się ze składki:
 - 1) regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia,
 - 2) regularnej przeznaczonej na rachunki dedykowane wskazane w § 9 ust. 1 pkt. 3,
 - 3) regularnej z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia wskazanych w § 2 ust. 4, jeżeli zostały one zawarte.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną w wysokości oraz terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia, który może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość opłacania składki regularnej.
4. Ubezpieczający może w dowolnym czasie wpłacać składkę dodatkową z przeznaczeniem na wskazany rachunek dedykowany.
5. W Wykazie Opłat Towarzystwo wskazuje minimalną wysokość: składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia, składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, składki regularnej przeznaczonej na rachunek dedykowany oraz składki dodatkowej przeznaczonej na rachunek dedykowany. Wartości te mogą zostać zmienione, jeżeli strony tak postanowią.
6. Ubezpieczający wpłaca składkę ubezpieczeniową na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo do wpłat poszczególnych rodzajów składek, przy czym pierwszą taką składkę może także wpłacić w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Wpłata składki na rachunek bankowy przeznaczony dla określonego rodzaju składki jest uznawana za składkę tego właśnie rodzaju. Składka wpłacona na rachunek bankowy dla składek dodatkowych, bez jednoznacznego wskazania rachunku dedykowanego, na który ma być przeznaczona, jest uznawana za składkę dodatkową przeznaczoną na rachunek dedykowany wskazany w § 9 ust.1 pkt.2.
8. Dniem zapłaty składki jest dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa. W razie wpłaty składki na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, dniem zapłaty składki jest dzień uznania rachunku tą wpłatą.
9. Składka jest księgowana na konto umowy ubezpieczenia w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od jej zapłaceniu, jednak nie wcześniej niż ostatniego dnia terminu jej płatności wskazanego w dokumencie ubezpieczenia.

§ 7.
KWOTA NALEŻNOŚCI Z TYTUŁU DODATKOWYCH UMÓW UBEZPIECZENIA I ROZLICZENIE WPLĄCONYCH SKŁADEK

1. Kwota należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia określana na dany dzień jest równa sumie zaległych do tego dnia składek regularnych z tytułu tych umów oraz sumie naliczonych i nieopłaconych do tego dnia odsetek za nieterminową wpłatę tych składek.
2. Odsetki za nieterminową wpłatę składek regularnych z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia są obliczane według zasad określonych w Wykazie Opłat.
3. Wpłacona składka ubezpieczeniowa jest przeznaczana w pierwszej kolejności na odsetki za nieterminową wpłatę składek regularnych z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia, a następnie na zaległe składki regularne. Zaliczenie wpłaty na zaległe składki regularne następuje począwszy od składek najdawniej należnych, a jeżeli ostatni dzień terminu płatności tych składek jest taki sam – to wtedy w następującej kolejności: składki regularne z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia, składki regularne z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, składki regularne przeznaczone na rachunki dedykowane (według kolejności ich otwarcia).
4. Wpłatę na rachunek bankowy dla składek dodatkowych rozlicza się zgodnie z ust. 3 wyłączenie wtedy, gdy na dzień jej zaksięgowania na konto umowy ubezpieczenia istnieją jakiegokolwiek nieopłacone odsetki za nieterminową wpłatę składek regularnych z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Składka ubezpieczeniowa zaliczona zgodnie z ust. 3-4 jako składka z tytułu głównej umowy ubezpieczenia lub składka przeznaczona na rachunek dedykowany jest alokowana zgodnie z zasadami określonymi w § 9.

§ 8.
ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ SKŁADKI REGULARNEJ (INDEKSACJA)

1. Indeksacja składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia wraz z indeksacją podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz indeksacja składki regularnej przeznaczonej na rachunki dedykowane jest dobrowolna i ma zapobiec istotnej utracie ich realnych wartości w długim okresie. Indeksacja dokonana zgodnie z zasadami określonymi w poniższych ustępach nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
2. Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu indeksację najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed rocznicą ubezpieczenia, której ona dotyczy. Indeksacja następuje od tej rocznicy ubezpieczenia, chyba że ubezpieczający na co najmniej 14 (czternaście) dni przed tą rocznicą ubezpieczenia powiadomi Towarzystwo o rezygnacji z indeksacji. W takim przypadku indeksacja nie następuje.
3. Proponowany ubezpieczającemu wskaźnik indeksacji jest ustalany na podstawie większego z dwóch wskaźników ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny: miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw – w ujęciu za okres ostatnich 12 (dwunastu) miesięcy, z zastrzeżeniem zdania następnego. Minimalny proponowany wskaźnik indeksacji wynosi 3,5 (trzy i pół) procent.

§ 9.
RACHUNKI JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Dla każdej głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo otwiera z pierwszym dniem okresu ubezpieczenia następujące rachunki:
 - 1) rachunek podstawowy – do alokowania składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia;
 - 2) rachunek dedykowany – do alokowania składek dodatkowych przeznaczonych na ten rachunek; zamknięcie rachunku następuje jedynie wskutek rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia;
 - 3) inne rachunki dedykowane w liczbie wskazanej przez ubezpieczającego – do alokowania składek regularnych i składek dodatkowych przeznaczonych na te rachunki. Na wniosek ubezpieczającego rachunek dedykowany może zostać otwarty także w późniejszym terminie. Wnioskując o otwarcie rachunku dedykowanego, ubezpieczający deklaruje wysokość składki regularnej przeznaczonej na ten rachunek, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5. W tym samym czasie może być otwartych maksymalnie 5 (pięć) rachunków dedykowanych, o których mowa w niniejszym punkcie.
2. Składka jest alokowana na rachunek jednostek z chwilą jej zaksięgowania na konto umowy ubezpieczenia zgodnie z § 6 ust. 9 i zgodnie z wartością jednostek funduszy w tym dniu.
3. We wniosku ubezpieczeniowym ubezpieczający wybiera fundusze, na których jednostki będą przeliczane składki oraz określa proporcję podziału alokowanej składki pomiędzy te fundusze (udział funduszy w alokowanej składce). Wybór dotyczy składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia i ma zastosowanie również do składek przeznaczonych na rachunki dedykowane. Określając udział funduszy w alokowanej składce,

ubezpieczający wybiera pomiędzy funduszami, które w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego są dostępne dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.

4. Fundusze, na których jednostki jest przeliczana składka ubezpieczeniowa oraz ich udział w alokowanej składce może zostać zmieniony zgodnie z zasadami określonymi w § 15.
5. Towarzystwo ustala wysokość składki, jaka maksymalnie może zostać zaalokowana do Funduszu Gwarantowanego niezależnie od wskazanego przez ubezpieczającego udziału tego funduszu w alokowanej składce (limit alokacji do Funduszu Gwarantowanego). Limit alokacji do Funduszu Gwarantowanego stosuje się do składek przeznaczonych na wszystkie rachunki dedykowane (zarówno składek regularnych, jak i składek dodatkowych), których dzień zaksięgowania na konto umowy ubezpieczenia przypada w okresie, jakiego dotyczy limit. Limit alokacji do Funduszu Gwarantowanego jest wskazany w Wykazie Opłat.
6. Po przekroczeniu limitu alokacji do Funduszu Gwarantowanego, składki wskazane w ust. 5 są alokowane (odpowiednio w części przewyższającej limit albo w całości) do Funduszu Pieniężnego zamiast do Funduszu Gwarantowanego. O kolejności alokowania składki do Funduszu Gwarantowanego decyduje data zaksięgowania składki na konto umowy ubezpieczenia. Jeżeli data zaksięgowania składki jest taka sama, wówczas w pierwszej kolejności do Funduszu Gwarantowanego są alokowane składki regularne, a następnie składki dodatkowe – według kolejności otwarcia rachunków dedykowanych.
7. Z poszczególnych rachunków jednostek są potrącane koszty i opłaty zgodnie z zasadami określonymi w § 10, § 11, § 14 i § 16.
8. Liczba i wartość jednostek funduszy zarachowywanych na rachunku jednostek i z niego odliczanych są zaokrąglane do 5 (piątego) miejsca po przecinku.
9. Zarachowanie jednostek funduszy na rachunku jednostek lub odliczenie jednostek funduszy z rachunku jednostek zgodnie z niniejszymi OWU, o ile takie zarachowanie lub odliczenie następują z tą samą datą, jest dokonywane w następującej kolejności:
 - 1) odliczenie jednostek funduszy tytułem wypłaty wartości rachunku lub wypłaty wartości wykupu oraz potrącenia związanych z tym opłat, odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia kwoty należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia, odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia opłaty związanej ze zmianą umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 24 ust. 1;
 - 2) odliczenie i zarachowanie jednostek funduszy tytułem zmiany umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 24 ust. 4 oraz odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia związanej z tym opłaty;
 - 3) odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia opłaty alokacyjnej;
 - 4) odliczenie i zarachowanie jednostek funduszy tytułem zmiany funduszy oraz odliczenie jednostek tytułem potrącenia związanej z tym opłaty;
 - 5) odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia opłaty administracyjnej;
 - 6) odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 7) odliczenie jednostek funduszy tytułem potrącenia opłaty początkowej;
 - 8) zarachowanie jednostek funduszy tytułem alokacji składki.

§ 10.

KOSZT OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

1. W pierwszym dniu każdego miesiąca ubezpieczenia Towarzystwo potrąca z rachunku podstawowego miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia.
2. Miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany jako iloczyn miesięcznego wskaźnika kosztu oraz różnicy pomiędzy podstawową sumą ubezpieczenia z tytułu śmierci a bieżącą wartością rachunku podstawowego. Jeżeli różnica ta wynosi mniej niż 3 (trzy) procent wartości rachunku podstawowego, wówczas do obliczeń przyjmuje się 3 (trzy) procent wartości rachunku podstawowego.
3. Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej jest obliczany przez Towarzystwo z uwzględnieniem aktualnego statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz aktualnego ryzyka ubezpieczeniowego podejmowanego przez Towarzystwo, na podstawie posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego, w tym jego wieku. Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej stanowi iloraz liczby z Tabeli miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedniej dla wieku ubezpieczonego w dniu potrącenia kosztu, oraz kwoty 10 000 (dziesięć tysięcy) złotych.
4. W dniu zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązują standardowe miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej, których wysokość jest wskazana w Wykazie Opłat, o ile nie umówiono się inaczej.

5. Potrącenie kosztu ochrony ubezpieczeniowej następuje poprzez odliczenie z rachunku podstawowego odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku podstawowego.

§ 11.

OPŁATY I INNE POTRĄCENIA Z RACHUNKU JEDNOSTEK

1. Tytułem uśrednionych kosztów związanych z administrowaniem umową ubezpieczenia, Towarzystwo pierwszego dnia każdego miesiąca ubezpieczenia potrąca z rachunku podstawowego opłatę administracyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.
2. Tytułem uśrednionych kosztów dystrybucyjnych, Towarzystwo piątego dnia po zaalokowaniu składki na dany rachunek jednostek potrąca z niego opłatę alokacyjną. Wysokość opłaty alokacyjnej jest obliczana jako iloczyn wysokości składki zaalokowanej na rachunku oraz odpowiedniego wskaźnika procentowego wybranego zgodnie z miesiącem ubezpieczenia, za który składka ta jest należna (w przypadku składek alokowanych na rachunku podstawowym) albo w którym została opłacona (w przypadku składek alokowanych na rachunkach dedykowanych). Wysokość wskaźników procentowych, o których mowa powyżej jest wskazana w Wykazie Opłat.
3. Tytułem uśrednionych kosztów początkowych związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo pierwszego dnia każdego miesiąca ubezpieczenia potrąca z rachunku podstawowego opłatę początkową. Wysokość opłaty początkowej jest obliczana jako iloczyn wysokości podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci obowiązującej w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz odpowiedniego wskaźnika procentowego wybranego zgodnie z miesiącem ubezpieczenia, w którym opłata ta jest potrącana. Wysokość wskaźników procentowych, o których mowa powyżej jest wskazana w Wykazie Opłat.
4. W każdą rocznicę ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo potrącić z rachunku jednostek kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia uwzględniając należne podatki. Potrącenie tej kwoty następuje w pierwszej kolejności z rachunku dedykowanego wskazanego w § 9 ust. 1 pkt. 2, następnie z pozostałych rachunków dedykowanych (zaczynając od rachunku o najwyższej wartości), a na końcu z rachunku podstawowego. Potrącenie to skutkuje zmniejszeniem kwoty należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia o kwotę otrzymaną w wyniku tego potrącenia oraz potrąceniem z odpowiedniego rachunku jednostek kwoty należnych podatków.
5. Potrącenia, o których mowa w ust.1-4, następują poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.

§ 12.

OPŁATY ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZAMI

Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych z Towarzystwem na podstawie OWU oraz innych warunków ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę wartości jednostek tego funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Wykazie Opłat.

§ 13.

GWARANCJA TOWARZYSTWA

1. Przez okres pierwszych 10 (dziesięciu) lat ubezpieczenia Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w niezmiennym zakresie, o ile wszystkie należne składki regularne były opłacane w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia lub w wezwaniu Towarzystwa do zapłaty zaległej składki, o którym mowa w § 17. Towarzystwo nie udziela takiej ochrony, jeżeli umowa ubezpieczenia została przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia lub została przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego. Towarzystwo nie udziela takiej ochrony również wtedy, gdy wypłacono część wartości rachunku podstawowego.
2. W sytuacji opisanej w ust. 1, Towarzystwo odlicza z rachunku podstawowego taką liczbę jednostek funduszy, jaka jest możliwa do odliczenia tytułem należnych Towarzystwu kosztów i opłat. Następnie, po alokacji kolejnych składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo odliczy brakującą liczbę jednostek funduszy oraz dokona innych stosownych potrąceń.

§ 14. ZMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu (zmiana funduszy) z zastrzeżeniem, że przeliczenie następuje w ramach jednego rachunku jednostek oraz w wyniku przeliczenia nie może wzrosnąć liczba jednostek Funduszu Gwarantowanego. W przypadku rachunku podstawowego ubezpieczający może złożyć taki wniosek od trzeciej rocznicy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych należnych za pierwsze trzy lata ubezpieczenia.
2. Zmieniając fundusze, ubezpieczający wybiera pomiędzy funduszami, które w dniu złożenia przez niego odpowiedniego wniosku są dostępne dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.
3. Zmiana funduszy może nastąpić pod warunkiem, że wartość rachunku, którego zmiana dotyczy, jest wystarczająca na potrącenie opłaty, o której mowa w ust.5.
4. Zmiana funduszy następuje w taki sposób, że:
 - 1) wartość rachunku, którego zmiana dotyczy zostaje zachowana z zastrzeżeniem postanowień ust. 5-6;
 - 2) przeliczenie jednostek następuje w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego;
 - 3) przeliczenie jednostek następuje według ich wartości obowiązującej w dniu przeliczenia.
5. Tytułem wykonania operacji zmiany funduszy, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku jednostek, którego zmiana dotyczy, opłatę za zmianę funduszy w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.
6. Potrącenie opłaty za zmianę funduszy następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.

§ 15. ZMIANA UDZIAŁU FUNDUSZY W ALOKOWANEJ SKŁADCE

1. Ubezpieczający może zmienić ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, na których jednostki będzie przeliczana wpłacona przez niego składka lub zmienić proporcje podziału tej składki pomiędzy wybrane fundusze (zmiana udziału funduszy w alokowanej składce). W przypadku składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, ubezpieczający może złożyć taki wniosek od trzeciej rocznicy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych należnych za pierwsze trzy lata ubezpieczenia.
2. W przypadku rachunków dedykowanych, wskazanych w § 9 ust. 1 pkt. 3, zmiana udziału funduszy w alokowanej składce przeznaczonych na dany rachunek dedykowany dotyczy jednocześnie składek regularnych oraz składek dodatkowych przeznaczonych na ten sam rachunek dedykowany.
3. Zmieniając udział funduszy w alokowanej składce, ubezpieczający wybiera pomiędzy funduszami, które w dniu złożenia przez niego odpowiedniego wniosku są dostępne dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.
4. Zmiana udziału funduszy w alokowanej składce następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego i ma zastosowanie do składek, które po zmianie są alokowane na rachunku jednostek, którego zmiana dotyczy.

§ 16. WYPŁATA CZĘŚCI LUB CAŁOŚCI WARTOŚCI RACHUNKU

1. Ubezpieczający może wypłacić część wartości rachunku podstawowego lub wypłacić część albo całość wartości rachunku dedykowanego (wypłata wartości rachunku). W przypadku rachunku podstawowego ubezpieczający może wypłacić część jego wartości dopiero od trzeciej rocznicy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych należnych za pierwsze trzy lata ubezpieczenia.
2. Wniosek ubezpieczającego o wypłatę części wartości rachunku podstawowego zostanie zrealizowany tylko w takim zakresie, w jakim nie doprowadzi to do spadku wartości tego rachunku poniżej wartości minimalnej wskazanej w Wykazie Opłat (minimalna wartość rachunku podstawowego po wypłacie części jego wartości)
3. Wypłacana wartość nie może być wyższa niż wartość wykupu, jaka na dzień ustalenia wysokości wypłaty przysługiwałaby w razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia.
4. W razie wypłaty części wartości rachunku podstawowego, z dniem ustalenia wysokości tej wypłaty zostaje obniżona podstawowa suma ubezpieczenia z tytułu śmierci. Obniżenie następuje o wypłacaną kwotę, jednak nie więcej niż do wartości minimalnej wskazanej w Wykazie Opłat (minimalna podstawowa suma ubezpieczenia po wypłacie części wartości rachunku podstawowego).

5. W przypadku wskazanym w ust.4, z dniem ustalenia wysokości wypłaty zostaje podwyższona wysokość składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, chyba że Towarzystwo postanowi inaczej. Podwyższenie składki następuje z najbliższym terminem jej płatności, nie więcej niż o kwotę równą:
 - 1) 1,2 procent wypłacanej kwoty – w przypadku składki opłacanej z miesięczną częstotliwością;
 - 2) 3,6 procent wypłacanej kwoty – w przypadku składki opłacanej z kwartalną częstotliwością;
 - 3) 7,2 procent wypłacanej kwoty – w przypadku składki opłacanej z półroczną częstotliwością;
 - 4) 14,4 procent wypłacanej kwoty – w przypadku składki opłacanej z roczną częstotliwością.
6. Jeżeli ubezpieczający wypłaca całą wartość rachunku dedykowanego wskazanego w § 9 ust. 1 pkt. 3, podczas gdy trwa zawieszenie opłacania składek regularnych przeznaczonych na ten rachunek dedykowany albo trwa umowa z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia albo trwa umowa ubezpieczenia bezskładkowego, wówczas rachunek dedykowany zostaje zamknięty z chwilą ustalenia wysokości wypłaty.
7. Wypłata wartości rachunku wskazanego przez ubezpieczającego następuje poprzez odliczenie z tego rachunku odpowiedniej liczby jednostek funduszy, które ubezpieczający wskazał we wniosku. Odliczenie następuje zgodnie z wartością jednostki funduszu obowiązującą w dniu ustalenia wysokości wypłaty. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał funduszu, wtedy odlicza się jednostki wszystkich funduszy proporcjonalnie do udziału wartości jednostek danego funduszu w wartości rachunku jednostek. Jeżeli ubezpieczający wskazał fundusz, ale wartość jednostek tego funduszu jest niewystarczająca, wtedy powyższa zasada odnosi się do różnicy pomiędzy wnioskowaną kwotą wypłaty a wartością jednostek wskazanego funduszu.
8. Ustalenie wysokości wypłacanej wartości rachunku następuje 10. (dziesiątego) dnia roboczego, licząc od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego, chyba że strony uzgodnią inny termin. Wypłata wartości rachunku ubezpieczającemu następuje 3. (trzeciego) dnia roboczego, licząc od dnia ustalenia wysokości wypłacanej wartości rachunku. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 22 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
9. Tytułem wykonania operacji wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku jednostek, którego wypłata dotyczy, opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.
10. Potrącenie opłaty operacyjnej następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.

§ 17. ZAPRZESTANIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. W razie nieopłacenia w terminie składki regularnej, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin na zapłacenie tej składki, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa.
2. Jeżeli zaległa składka nie zostanie opłacona w powyższym terminie i umowa ubezpieczenia nie może zostać przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia zgodnie z § 18, wtedy umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem wskazanym w wezwaniu Towarzystwa.

§ 18. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, a nie została opłacona w terminie składka regularna należna w czwartym lub następnych latach ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia. Przekształcenie takie następuje tylko wtedy, gdy zarówno wartość rachunku podstawowego, jak i wartość wykupu, jaka przysługiwałaby w razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia są na dzień wezwania Towarzystwa do zapłaty zaległej składki, o którym mowa w § 17 ust. 1, większe od kwoty równej:
 - 1) dwunastokrotności bieżącej składki regularnej z tytułu umowy głównej – w przypadku składki opłacanej z częstotliwością miesięczną;
 - 2) czterokrotności bieżącej składki regularnej z tytułu umowy głównej – w przypadku składki opłacanej z częstotliwością kwartalną;
 - 3) dwukrotności bieżącej składki regularnej z tytułu umowy głównej – w przypadku składki opłacanej z częstotliwością półroczną;
 - 4) wysokości bieżącej składki regularnej z tytułu umowy głównej – w przypadku składki opłacanej z częstotliwością roczną.

2. Przekształcenie w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia następuje z ostatnim dniem terminu płatności pierwszej zaległej składki regularnej.
3. Umowa ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia funkcjonuje na dotychczasowych zasadach z zastrzeżeniem, że:
 - 1) nie są należne te składki regularne z tytułu głównej umowy ubezpieczenia oraz te składki regularne przeznaczone na rachunki dedykowane, których ostatni dzień terminu płatności przypada w okresie zawieszenia;
 - 2) warunki ochrony ubezpieczeniowej pozostają niezmienione, chyba że dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowi inaczej;
 - 3) Towarzystwo nie proponuje ubezpieczającemu podwyższenia składek i sum ubezpieczenia zgodnie z § 8;
 - 4) ubezpieczający nie może zmieniać umowy ubezpieczenia zgodnie z § 24 ust. 2;
 - 5) ubezpieczający nie może zmieniać częstotliwości opłacania składki regularnej;
 - 6) ubezpieczający nie może zawierać dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Pod warunkiem opłacenia bieżącej składki regularnej, ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na powrót do opłacania składek regularnych.
5. Ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na zawieszenie opłacania składek regularnych przeznaczonych na wskazany rachunek dedykowany. W okresie takiego zawieszenia nie są należne te składki regularne przeznaczone na wskazany rachunek dedykowany, których ostatni dzień terminu płatności przypada w okresie zawieszenia, jednakże ubezpieczający może w tym czasie wpłacać na ten rachunek składki dodatkowe. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio.

§ 19.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Jeżeli zostały opłacone wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na przekształcenie głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
2. Wniosek ubezpieczającego o przekształcenie głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego zostanie zrealizowany tylko wtedy, gdy w dniu przekształcenia wartość rachunku podstawowego po potrąceniu kwoty należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 jest przynajmniej równa minimalnej kwocie wskazanej w Wykazie Oplat (minimalna wartość do przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe).
3. Przekształcenie głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego następuje z dniem wskazanym w zgodzie Towarzystwa na takie przekształcenie.
4. Z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia zostają rozwiązane, a Towarzystwo potrąca z rachunku jednostek kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia. Potrącenie to następuje w pierwszej kolejności z rachunku dedykowanego wskazanego w § 9 ust. 1 pkt. 2, następnie z pozostałych rachunków dedykowanych (zaczynając od rachunku o najwyższej wartości), a na końcu z rachunku podstawowego. Potrącenie następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.
5. Z dniem przekształcenia głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego zasady funkcjonowania umowy ubezpieczenia zmieniają się następująco:
 - 1) składki regularne nie są należne;
 - 2) nie zmieniają się warunki ochrony ubezpieczeniowej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, chyba że na wniosek ubezpieczającego Towarzystwo wyraziło zgodę na zmianę sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci w ten sposób, że jest ona równa wartości rachunku podstawowego. Wniosek o taką zmianę sumy ubezpieczenia ubezpieczający może złożyć również w czasie trwania umowy ubezpieczenia bezskładkowego. W razie takiej zmiany sumy ubezpieczenia, z rachunku podstawowego nie jest potrącany miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) Towarzystwo nie proponuje ubezpieczającemu podwyższenia składek i sum ubezpieczenia zgodnie z § 8;
 - 4) ubezpieczający nie może wnioskować o podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci zgodnie z § 24 ust. 2;
 - 5) ubezpieczający nie może składać oferty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 6) powrót do opłacania składek regularnych nie jest możliwy.

§ 20.

USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Przy obliczaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego uwzględnia się:
 - 1) wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci obowiązującą w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 2) liczbę jednostek funduszy zgromadzonych na wszystkich rachunkach jednostek w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 3) wartość jednostki funduszu obowiązującą w dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego wraz z dokumentami potwierdzającymi zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanymi w § 22 ust. 1;
 - 4) kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia określoną na dzień śmierci ubezpieczonego.
2. Kwota należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia pomniejsza w pierwszej kolejności wartość rachunku dedykowanego wskazanego w § 9 ust. 1 pkt. 2, następnie wartości pozostałych rachunków dedykowanych (zaczynając od rachunku o najwyższej wartości), a na końcu sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci.

§ 21.

UPOSAŻENI

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego jest wypłacane uposażonym w częściach określonych procentowo przez ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczony ma prawo wskazać innych uposażonych oraz określić ich udział w części świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego w zakresie wartości poszczególnych rachunków dedykowanych, wskazanych w § 9 ust. 1 pkt. 3. Jeżeli ubezpieczony tego nie zrobił, wówczas uprawnionymi do tej części świadczenia ubezpieczeniowego są uposażeni wskazani zgodnie z ust. 2.
4. Jeżeli wskazano kilku uposażonych, a nie określono ich udziału w świadczeniu ubezpieczeniowym w razie śmierci ubezpieczonego, albo suma ich udziałów nie jest równa 100 (sto) procent, uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie ubezpieczeniowe przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczonego przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 22.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Dokumentem potwierdzającym zdarzenie ubezpieczeniowe jest odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego, a jeżeli zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wtedy jest nim dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło zdarzenie.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ust. 4, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie

14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.

6. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 23.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno ubezpieczającego, jak i ubezpieczonego, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ust. 1, zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może argumentować, że przy jej zawarciu podano informacje nieprawdziwe.

§ 24.

ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej pod warunkiem, że nie trwa ani zawieszenie płatności składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, ani umowa ubezpieczenia bezskładkowego, ani nie jest realizowane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Składki. Tytułem wykonania operacji zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku podstawowego opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat. Potrącenie to następuje poprzez odliczenie z rachunku podstawowego odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek funduszu w wartości rachunku podstawowego.
2. W razie zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego, urodzenia się dziecka ubezpieczonego lub przysposobienia przez ubezpieczonego osoby małoletniej, ubezpieczający ma prawo wnioskować o podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio z zastrzeżeniem, że Towarzystwo nie będzie wymagać informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego;
 - 2) w odpowiedzi na wniosek ubezpieczającego Towarzystwo przedstawi warunki podwyższenia, o ile wyrazi zgodę na takie podwyższenie. Oferta warunków podwyższenia będzie uwzględniać nową wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz nową wysokość składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia. Opłata alokacyjna, o której mowa w § 11 ust. 2 zostanie podwyższona o kwotę stanowiącą iloczyn wzrostu zaalokowanej na rachunku składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia oraz odpowiedniego wskaźnika procentowego wybranego zgodnie z miesiącem ubezpieczenia, za który składka ta jest należna. Opłata początkowa, o której mowa w § 11 ust. 3 zostanie podwyższona o kwotę stanowiącą iloczyn wzrostu podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz odpowiedniego wskaźnika procentowego wybranego zgodnie z miesiącem ubezpieczenia, w którym opłata ta jest potrącana. Wysokość wskaźników procentowych, o których mowa powyżej jest wskazana w Wykazie Opłat;
 - 3) Towarzystwo przedstawi ubezpieczającemu swoją ofertę tylko wtedy, gdy w terminie 90 (dziewięćdziesięciu) dni od wystąpienia zdarzenia uprawniającego do podwyższenia otrzyma jego wniosek odpowiednio wraz z odpisem aktu małżeństwa, odpisem aktu urodzenia dziecka albo odpisem sądowego postanowienia o przysposobieniu osoby małoletniej.
3. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości składki regularnej przeznaczonej na rachunek dedykowany, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5.

4. Ubezpieczający może wnioskować o transfer wszystkich jednostek funduszy z jednego rachunku dedykowanego na inny wskazany rachunek dedykowany, przy czym nie można transferować jednostek z rachunku dedykowanego wskazanego w § 9 ust. 1 pkt. 2. Wskutek transferu wszystkich jednostek zostaje zamknięty rachunek dedykowany, z którego nastąpił transfer. Tytułem wykonania operacji transferu jednostek, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z rachunku jednostek, na który nastąpił transfer, opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat. Potrącenie opłaty operacyjnej następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy – zgodnie z wartością jednostki danego funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału wartości jednostek tego funduszu w wartości rachunku jednostek.

5. Ubezpieczający może wnioskować o rozszerzenie przedmiotu i zakresu ochrony ubezpieczeniowej, a następnie zawrzeć na rachunek ubezpieczonego – a jeśli strony się tak umówią także innych osób – odpowiednią dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy. Powyższa możliwość nie dotyczy okresu, kiedy trwa zawieszenie płatności składek regularnych z tytułu głównej umowy ubezpieczenia lub jest realizowane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Składki albo umowa została przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

§ 25.

ODSTĄPIENIE OD GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od głównej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od głównej umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 1, Towarzystwo zwraca mu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem zdań następujących. Jeżeli na dany rachunek dedykowany wpłacono składkę dodatkową lub wpłacono wartość tego rachunku, to zamiast części składki ubezpieczeniowej zaalokowanej na ten rachunek, Towarzystwo wypłaca wartość tego rachunku oraz dodatkowo kwotę opłat alokacyjnych potrąconych z tego rachunku. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wystąpił z wnioskiem o udostępnienie wyników badań analitycznych i lekarskich, o których mowa w § 3 ust. 4, Towarzystwo ma prawo do potrącenia ze zwracanych kwot kosztów tych badań.
3. Ubezpieczający może odstąpić od głównej umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu (roczna informacja). W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
4. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od głównej umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 3, Towarzystwo wypłaca ubezpieczającemu wartość wszystkich rachunków jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia oraz opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent wartości rachunku podstawowego. Kwotę, o której mowa powyżej, ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
5. Ustalenie i zwrot kwoty wskazanej w ust. 2 i 4 następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 22 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 26.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się w następujących przypadkach i terminach:

- 1) z dniem ustalenia wartości wykupu;
- 2) z chwilą śmierci ubezpieczonego;
- 3) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym wartość rachunku podstawowego jest równa 0 (zero), przy czym powyższe nie dotyczy przypadku, kiedy Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z §13;
- 4) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia, w którym wartość wszystkich rachunków, pomniejszona o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia, jest mniejsza lub równa 0 (zero).

§ 27.
WARTOŚĆ WYKUPU

1. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego głównej umowy ubezpieczenia albo w przypadku, o którym mowa w § 17 ust.2, Towarzystwo wypłaca mu wartość wykupu.
2. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia została rozwiązana przed trzecią rocznicą ubezpieczenia lub nie zostały opłacone wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, wartość wykupu jest równa wartości wszystkich rachunków jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia oraz o opłatę za wykup w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat.
3. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia została rozwiązana począwszy od trzeciej rocznicy ubezpieczenia i wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia zostały opłacone, wartość wykupu jest równa wartości wszystkich rachunków jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Ustalenie wartości wykupu następuje 10. (dziesiątego) dnia roboczego, licząc odpowiednio od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, chyba że strony uzgodnią inny termin albo od ostatniego dnia terminu wskazanego w wezwaniu Towarzystwa do zapłaty zaległej składki, o którym mowa w § 17 ust. 1. Wypłata wartości wykupu ubezpieczającemu następuje 3. (trzeciego) dnia roboczego, licząc od dnia ustalenia wartości wykupu. Kwotą należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia uważa się za spłaconą z chwilą ustalenia wartości wykupu. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 22 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
5. Postanowienia ust. 1-4 stosuje się odpowiednio w razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż wskazane w ust. 1, o ile nie jest uzasadniona wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tej umowy ani zwrot składki.

§ 28.
REKLAMACJE

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe);
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust.7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.

9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust.10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 29.
PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 30.
UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Ubezpieczony może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo;
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
4. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może wystąpić z głównej umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o wartości wykupu (roczna informacja). W takim przypadku:
 - 1) główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się bez zgody ubezpieczającego następnego dnia po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy;

- 2) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy;
- 3) stosuje się postanowienia § 25 ust. 4-5.
6. W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest ubezpieczony, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w § 22 ust. 5-6 dotyczą także ubezpieczonego.
8. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do chwili zakończenia umowy ubezpieczenia, zakończenia okresu przedawnienia roszczeń z niej wynikających lub zakończenia okresu wynikającego z przepisów ustawy o rachunkowości – w zależności od tego, co nastąpi później.

§ 32.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa, przy czym udzielenie zgody może być uzależnione od poniesienia przez ubezpieczającego dodatkowej opłaty na pokrycie kosztów operacyjnych związanych z przeniesieniem.
 2. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy odrębnie uzgodnionej z Towarzystwem. Oświadczenie, powiadomienie lub wniosek składane w formie pisemnej powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazany uprzednio Towarzystwu, a także dane umożliwiające identyfikację ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia oraz realizację ich dyspozycji. W przypadku braku takich danych, Towarzystwo poinformuje osobę składającą dyspozycję o niekompletności lub niepoprawności tej dyspozycji, zaś składającą ją osoba w celu realizacji oświadczenia, powiadomienia lub wniosku, o których mowa powyżej, jest zobowiązana do jej uzupełnienia w zakresie wskazanym powyżej i z chwilą otrzymania przez Towarzystwo takiej uzupełnionej dyspozycji rozpoczyna się bieg terminu na jej realizację.
 3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
 4. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 5. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
 6. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.
- § 33.**
ZAŁĄCZNIKI
- Załącznikami do OWU są:
- 1) Wykaz Opłat;
 - 2) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 28 listopada 2017 roku i weszły w życie 31 grudnia 2017 roku.
1. Towarzystwo jest administratorem danych osobowych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie. Dane te są przetwarzane na podstawie:
 - 1) zgody udzielonej przez ubezpieczonego, ubezpieczającego oraz potencjalnego klienta; osobom tym przysługuje prawo wycofania zgody ze skutkiem od dnia jej wycofania co oznacza, że takie wycofanie nie zmienia skutków prawnych powstałych w okresie obowiązywania zgody;
 - 2) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
 - 3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 4) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych ubezpieczonego, osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz potencjalnego klienta.
 2. Towarzystwo gromadzi dane osobowe z wykorzystaniem: formularza wniosku ubezpieczeniowego, formularza zmiany danych, formularza zgłoszenia roszczenia oraz innych dokumentów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.
 3. Towarzystwo może wykorzystywać zgromadzone dane osobowe w celu profilowania tj. doboru produktów ubezpieczeniowych, a także oceny ryzyka ubezpieczeniowego włącznie z oceną stanu zdrowia.
 4. Towarzystwo w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrzeniem roszczenia może, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uzyskiwać jej dane osobowe od innych zakładów ubezpieczeń, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne), Narodowego Funduszu Zdrowia lub podmiotów utworzonych w jego miejsce, którym przypisane zostaną jego zadania.
 5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Towarzystwo może przekazywać dane osobowe innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji (w zakresie i celu wynikających z zawartych umów ubezpieczenia) oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej (na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).
 6. Towarzystwo może, pod warunkiem uzyskania zgody danej osoby, udostępniać jej dane osobowe innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych, przy czym Grupę Aviva stanowią: Towarzystwo, jednostki powiązane z Towarzystwem w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz fundusze emerytalne i inwestycyjne zarządzane przez Towarzystwo.
 7. Osoba ma prawo, w ramach obowiązujących przepisów prawa, uzyskać informacje o treści przetwarzanych jej danych osobowych, a także prawo ich poprawiania albo usunięcia – telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej tj. na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, tel. 22 557 44 44, e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl