

Ubezpieczenie Uniwersalne
Nowa Perspektywa

Ogólne warunki ubezpieczenia



OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UNIWERSALNEGO NOWA PERSPEKTYWA NPER/J/2/2009

§ 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) **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki funduszy określonej w głównej umowie ubezpieczenia części wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia lub umowa dotatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana jako uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia, na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy;
- 3) **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, w tym polisa, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 4) **główna umowa ubezpieczenia lub umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU;
- 5) **jednostki funduszu** – udziały o jednakowej wartości, na które pojęciowo jest podzielony ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 6) **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;
- 7) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 8) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie odpowiednio umowy ubezpieczenia albo dotatkowej umowy ubezpieczenia;
- 9) **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:
 - a) rachunek podstawowy, na którym zarachowuje się jednostki funduszy w wyniku alokacji składek z tytułu głównej umowy ubezpieczenia,

- b) rachunek dedykowany, na którym zarachowuje się jednostki funduszy w wyniku alokacji składek przeznaczonych na ten rachunek;
- 10) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
 - 11) **rocznica ubezpieczenia** – wskazany w dokumencie ubezpieczenia dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia;
 - 12) **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;
 - 13) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
 - 14) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
 - 15) **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy lub fundusz** – wyodrębniona pojęciowo część aktywów Towarzystwa gromadzona i inwestowana z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
 - 16) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy główna umowa ubezpieczenia;
 - 17) **umowa ubezpieczenia** – główna umowa ubezpieczenia oraz dodatkowe umowy ubezpieczenia;
 - 18) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego;
 - 19) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego przewidzianego w razie śmierci ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
 - 20) **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, stanowiącym załącznik do OWU;
 - 21) **wartość rachunku dedykowanego** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na danym rachunku dedykowanym;
 - 22) **wartość rachunku podstawowego** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku podstawowym;

- 23) **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;
- 24) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 25) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej.
3. 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.
4. Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej może zostać rozszerzony za zgodą Towarzystwa. Objęcie ubezpieczonego dodatkową ochroną ubezpieczeniową, a jeśli strony się tak umówią także innych osób, następuje poprzez zawarcie przez ubezpieczającego odpowiedniej dodatkowej umowy ubezpieczenia, na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy.

§ 3.

ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Główna umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
2. 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. 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 – zupełny.
3. Przed zawarciem głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa. 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.

4. 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.
5. 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.
6. Postanowienia ust. 5 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 przysługuje ubezpieczonemu w okresie ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 27 ust. 4, 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 proc. (sto trzy procent) wartości rachunku podstawowego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest równa wartości rachunku podstawowego:
 - 1) w razie samobójstwa ubezpieczonego w okresie 12 (dwunastu) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia,

- 2) jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi jako bezpośredni lub pośredni rezultat:
 - a) działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek,
 - b) świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
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. Towarzystwo okresowo ustala minimalną wysokość składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia, składki regularnej przeznaczonej na rachunek dedykowany oraz składki dodatkowej przeznaczonej na rachunek dedykowany.
6. Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacana na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo do wpłat poszczególnych rodzajów składek, albo 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 zapłacenia, jednak nie wcześniej niż ostatniego dnia terminu jej płatności wskazanego w dokumencie ubezpieczenia.

§ 7.

KWOTA NALEŻNOŚCI Z TYTUŁU DODATKOWYCH UMÓW UBEZPIECZENIA I ROZLICZENIE WPŁACONYCH 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, stanowiącym załącznik do OWU.
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 wyłącznie wtedy, gdy na dzień jej zaksięgowania na konto umowy ubezpieczenia istnieją jakiekolwiek 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

1. Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie:
 - 1) podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wraz z podwyższeniem składki regularnej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia,
 - 2) składki regularnej przeznaczonej na rachunki dedykowane.

2. Oferta, o której mowa w ust.1, będzie uwzględniać także inne zmiany warunków umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz opłaty alokacyjnej.
3. Podwyższenie następuje w rocznicę ubezpieczenia. Towarzystwo wysyła ofertę warunków podwyższenia przynajmniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed rocznicą ubezpieczenia, której ono dotyczy.
4. Ubezpieczający może dokonać podwyższenia, o którym mowa w ust.1 o dowolną kwotę w granicach wyznaczonych w ofercie Towarzystwa.
5. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować Towarzystwo o swojej decyzji. Jeżeli wybrał poziom podwyższenia zaproponowany w ofercie Towarzystwa, wtedy wystarczającym poinformowaniem jest wpłacenie właściwej składki w wysokości i terminie, które zostały zaproponowane w ofercie. Wybór poziomu podwyższenia innego niż wskazany w ofercie Towarzystwa z zastrzeżeniem ust. 4, jest skuteczny pod warunkiem, że ubezpieczający poinformuje o tym Towarzystwo przynajmniej 30 (trzydzieści) dni przed rocznicą ubezpieczenia, której podwyższenie dotyczy, zaś Towarzystwo wyrazi zgodę na takie podwyższenie. W takim przypadku podwyższenie następuje z dniem wskazanym przez Towarzystwo.

§ 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, stanowiącym załącznik do OWU.
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 oraz § 14-16.

§ 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 proc. (trzy procent) wartości rachunku podstawowego, wówczas do obliczeń przyjmuje się 3 proc. (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 szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego. Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej stanowi iloraz liczby z Tabeli miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedniej dla płci ubezpieczonego i jego wieku 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 określona w Wykazie Opłat stanowiącym załącznik do OWU, o ile nie umówiono się inaczej. Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej obowiązujące w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia mogą ulec zmianie zgodnie z zasadami, o których mowa w ust. 3.
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. W pierwszym dniu każdego miesiąca ubezpieczenia Towarzystwo potrąca z rachunku podstawowego opłatę administracyjną, której wysokość jest określona w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU.
2. W piątym dniu po zaalokowaniu składki na dany rachunek jednostek, Towarzystwo potrąca z tego rachunku opłatę alokacyjną, której wysokość jest określona w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU.
3. W każdą rocznicę ubezpieczenia zaczynając od czwartej, Towarzystwo ma prawo potrącić 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.
4. Potrącenia, o których mowa w ust. 1-3 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

1. Towarzystwo jest uprawnione do pobierania opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zgodnie z Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiącym załącznik do OWU.
2. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu.
3. 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.

§ 13.

GWARANCJA TOWARZYSTWA

1. Przez okres pierwszych 10 (dziesięciu) lat ubezpieczenia Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu głównej umowy ubezpieczenia w niezmienionym zakresie, o ile wszystkie należne składki regularne były opłacane w wysokości i terminach wskazanych w dokumencie ubezpieczenia. 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. Za zmianę funduszy Towarzystwo potrąca w tym samym dniu opłatę za zmianę funduszy w wysokości określonej w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU. Potrącenie to następuje z tego rachunku jednostek, którego zmiana dotyczy.
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 przeznaczonej 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 może nastąpić pod warunkiem, że wartość rachunku, którego zmiana dotyczy jest wystarczająca na potrącenie opłaty, o której mowa w ust. 6.
5. 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.

6. Za zmianę udziału funduszy w alokowanej składce Towarzystwo potrąca w tym samym dniu opłatę za zmianę funduszy w wysokości określonej w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU. Potrącenie to następuje z tego rachunku jednostek, którego zmiana dotyczy.
7. Potrącenie opłaty za zmianę udziału funduszy w alokowanej składce 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.

§ 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 określonej przez Towarzystwo (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 określonej przez Towarzystwo (minimalna podstawowa suma ubezpieczenia).
5. 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.
6. 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.

7. Ustalenie wysokości wypłacanej wartości rachunku oraz jej wypłata ubezpieczającemu następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 22 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
8. Za wypłatę wartości rachunku Towarzystwo potrąca w tym samym dniu opłatę operacyjną w wysokości określonej w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU. Potrącenie to następuje z tego rachunku jednostek, którego wypłata dotyczy.
9. 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 należnej w pierwszych trzech latach ubezpieczenia, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy 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, umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem tego terminu, o czym ubezpieczający jest informowany w wezwaniu Towarzystwa.
3. Postanowienia ust.1-2 stosuje się odpowiednio w razie nieopłacenia w terminie składki regularnej należnej w czwartym lub następnych latach ubezpieczenia, o ile wartość wykupu, jaka przysługiwałaby w razie rozwiązania głównej umowy ubezpieczenia jest mniejsza lub równa zero.

§ 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 większe od zera.

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 określonej

przez Towarzystwo (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 proc. (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.
2. W razie zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego, urodzenia się dziecka ubezpieczonego lub przysposobienia przez ubezpieczonego osoby małoletniej, ubezpieczający ma prawo podwyższyć podstawową sumę ubezpieczenia z tytułu śmierci oraz składkę regularną z tytułu głównej umowy ubezpieczenia. W takim przypadku postanowienia dotyczące zawarcia głównej umowy ubezpieczenia stosuje się odpowiednio z zastrzeżeniem, że Towarzystwo nie będzie wymagać informacji o stanie zdrowia ubezpieczonego. W odpowiedzi na wniosek ubezpieczającego Towarzystwo przedstawi warunki podwyższenia. Oferta warunków podwyższenia, o której mowa powyżej, będzie uwzględniać także inne zmiany warunków umowy ubezpieczenia, w szczególności w zakresie kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz opłaty alokacyjnej. 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. Prawo do podwyższenia nie przysługuje jeżeli 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.

3. Za zmiany, o których mowa w ust. 1 lub ust. 2, Towarzystwo potrąca w tym samym dniu opłatę operacyjną w wysokości określonej w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU. 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.
4. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę wysokości składki regularnej przeznaczzonej na rachunek dedykowany, z zastrzeżeniem § 6 ust. 5.
5. 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. Za transfer jednostek Towarzystwo potrąca w tym samym dniu opłatę operacyjną w wysokości określonej w Wykazie Opłat, stanowiącym załącznik do OWU. Potrącenie to następuje z tego rachunku jednostek, na który nastąpił transfer jednostek. 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.
6. 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 od doręczenia mu polisy. 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, Towarzystwo zwraca mu wpłaconą składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli na dany rachunek dedykowany wpłacono składkę dodatkową lub wypłacono

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.

3. Ustalenie i zwrot kwoty wskazanej w ust. 2 następują 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 końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio następującego po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy,
- 2) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
- 3) z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia bezpośrednio poprzedzającego miesiąc ubezpieczenia, w którym wartość rachunku podstawowego jest równa 0 (zero) albo wartość wszystkich rachunków, pomniejszona o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia jest mniejsza lub równa 0 (zero), z zastrzeżeniem postanowień § 13,
- 4) jeżeli dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowiąca uzupełnienie głównej umowy ubezpieczenia tak stanowi – z dniem wskazanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy.

§ 27.

WARTOŚĆ WYKUPU

1. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca mu wartość wykupu.
2. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia została rozwiązana przed trzecią rocznicą ubezpieczenia albo nie zostały opłacone wszystkie składki regularne należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, wartość wykupu jest równa wartości wszystkich rachunków dedykowanych po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. Jeżeli główna umowa ubezpieczenia została rozwiązana po 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 i wypłata wartości wykupu następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Z chwilą ustalenia wartości wykupu wygasa ochrona

ubezpieczeniowa, zaś kwotę należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia uważa się za spłaconą. 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 jej wypowiedzenie przez ubezpieczającego, o ile nie jest uzasadniona wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tej umowy ani zwrot składki.

§ 28.

SKARGI I ZAŻALENIA

1. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
2. Skargi i zażalenia mogą być składane w siedzibie Towarzystwa, przesyłane w formie pisemnej pod adresem Towarzystwa, przesyłane drogą elektroniczną lub przekazywane Towarzystwu w innej formie umożliwiającej zarówno określenie tożsamości osoby zgłaszającej skargę lub zażalenie, jak i przedmiot tej skargi lub zażalenia.
3. Skargi i zażalenia są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od ich otrzymania. Jeżeli rozpatrzenie skargi lub zażalenia jest niemożliwe w tym terminie, Towarzystwo rozpatrzy skargę lub zażalenie najpóźniej w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności rozpatrzenie takie było możliwe.
4. O sposobie rozpatrzenia skargi lub zażalenia Towarzystwo niezwłocznie powiadamia osobę, która je zgłosiła – w formie pisemnej lub innej uzgodnionej z zainteresowanym.
5. Skargi mogą być również składane do Rzecznika Ubezpieczonych. Sposób i tryb rozpatrywania tych skarg regulują właściwe przepisy.

§ 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, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 30.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na życie na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego

nie może naruszać jego praw, praw uposażonego, uposażonego zastępczego, ani innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczony może 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 rachunek osoby trzeciej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu w formie pisemnej lub w inny sposób uzgodniony pomiędzy ubezpieczającym a ubezpieczonym, otrzymanych od Towarzystwa poniższych informacji:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż 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 otrzymaniu informacji od Towarzystwa,
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po otrzymaniu informacji od Towarzystwa.
4. W razie nieprzekazania ubezpieczonemu informacji, o których mowa w ust. 3, ubezpieczający ponosi wobec niego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 31.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
2. Towarzystwo na wniosek ubezpieczającego informuje go o wymienionych w OWU wielkościach minimalnych i limitach obowiązujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego i jego rejestracji.
3. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej. Złożony podpis powinien być zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu. Jeżeli złożony podpis nie jest zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, wówczas Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe po stronie ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego i uposażonego zastępczego oraz innych osób, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na oświadczenie lub powiadomienie ubezpieczającego lub ubezpieczonego.

4. 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.
5. Pisma Towarzystwa skierowane pod ostatnim znanym Towarzystwu adresem ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia uważa się za doręczone po upływie 30 (trzydziestu) dni od ich wysłania.
6. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni wyłącznie do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach. W szczególności nie są oni upoważnieni do odbioru w imieniu Towarzystwa innych niż wskazane w tych pełnomocnictwach pism ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, ani do przekazywania takich pism Towarzystwu w imieniu tych osób. Przekazanie jakiegokolwiek pisma osobie nieupoważnionej do odbioru tego pisma lub za pośrednictwem takiej osoby, nie stanowi skutecznego doręczenia pisma Towarzystwu.

§ 32. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikiem do OWU, stanowiącym ich integralną część 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 9 września 2009 roku i weszły w życie 26 października 2009 roku.

Spis treści

§ 1. Definicje	1
§ 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
§ 3. Zawarcie głównej umowy ubezpieczenia	3
§ 4. Okres ubezpieczenia	4
§ 5. Sumy ubezpieczenia	4
§ 6. Składka ubezpieczeniowa	5
§ 7. Kwota należności z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia i rozliczenie wpłaconych składek	6
§ 8. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia oraz składki regularnej	6
§ 9. Rachunki jednostek i alokacja składki ubezpieczeniowej	7
§ 10. Koszt ochrony ubezpieczeniowej	8
§ 11. Opłaty i inne potrącenia z rachunku jednostek	9
§ 12. Opłaty za zarządzanie i administrację funduszami	10
§ 13. Gwarancja Towarzystwa	10
§ 14. Zmiana funduszy	10
§ 15. Zmiana udziału funduszy w alokowanej składce	11
§ 16. Wypłata części lub całości wartości rachunku	12
§ 17. Zaprzestanie opłacania składek regularnych	13
§ 18. Zawieszenie opłacania składek regularnych	13
§ 19. Ubezpieczenie bezskładkowe	14
§ 20. Ustalenie wysokości świadczenia ubezpieczeniowego	15
§ 21. Uposażeni	16
§ 22. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego	17
§ 23. Skutki podania nieprawdziwych informacji	17
§ 24. Zmiany umowy ubezpieczenia	18
§ 25. Odstąpienie od głównej umowy ubezpieczenia	19
§ 26. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	20
§ 27. Wartość wykupu	20
§ 28. Skargi i zażalenia	21
§ 29. Prawo właściwe i sąd właściwy	21
§ 30. Umowa ubezpieczenia na cudzy rachunek	21
§ 31. Postanowienia końcowe	22
§ 32. Załączniki	23



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Prosta 70, 00-838 Warszawa
infolinia: 0 801 888 444, tel. (+48 22) 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl