

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Indywidualne Konto Emerytalne

INFORMACJA O POSTANOWIENIACH Z WZORCA UMOWNEGO:

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE (IKE/J/13/2025)

RODZAJ INFORMACJI	NUMER ZAPISU Z WZORCA UMOWNEGO
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1 § 9 ust. 1 § 11 ust. 1 § 14 ust. 1 § 15 ust. 1
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3 pkt 1 § 2 ust. 4
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 6 ust. 2 § 8 ust. 10 § 9 ust. 9 § 14 ust. 4-5 § 15 ust. 5 Wykaz Opłat i Limitów
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 9 ust. 1, 3, 5, 7 i 9 § 11 ust. 1, 3, 5 i 7 § 14 ust. 1, 2, 4

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE (IKE/J/13/2025)

§ 1. DEFINICJE

Ilekcioć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy 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 ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych określonej w umowie części wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 2) **częściowy zwrot środków** – wypłata części środków zgromadzonych na IKE na wniosek ubezpieczającego, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego;
- 3) **dzień przyjęcia wpłaty transferowej** – dzień uznania wpłaty transferowej na rachunku bankowym Towarzystwa;
- 4) **dzień wpłaty ubezpieczającego na IKE** – dzień, w którym wpłata ubezpieczającego na IKE zostanie zaalokowana i zapisana na rachunku;
- 5) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka ubezpieczeniowa znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa, zaś w razie wpłaty składki na rachunek bankowy Towarzystwa dzień uznania wpłaty na tym rachunku;
- 6) **IKE ubezpieczającego** – indywidualne konto emerytalne prowadzone przez Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie umowy zawartej z ubezpieczającym;
- 7) **instytucja finansowa** – fundusz inwestycyjny, podmiot prowadzący działalność maklerską, dobrowolny fundusz emerytalny, zakład ubezpieczeń lub bank prowadzące indywidualne konto emerytalne, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) **jednostki funduszu** – udziały o jednakowej wartości, na które jest podzielony ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 9) **maksymalna wysokość wpłat na IKE** – maksymalna kwota, jaką zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa ubezpieczający może wpłacić na IKE w danym roku kalendarzowym;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie, które spełnia wszystkie następujące warunki:
 - a) jest nagłe i nie zależy od woli ubezpieczającego,
 - b) zostało wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez przyczynę zewnętrzną, czyli taką, która nie jest związana z jakimkolwiek schorzeniem fizycznym ani psychicznym ubezpieczającego,
 - c) występuje w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
- 11) **osoba uprawniona** – uposażony, uposażony zastępczy oraz inna osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie śmierci ubezpieczającego;
- 12) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 13) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 14) **program emerytalny** – pracowniczy program emerytalny prowadzony zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 15) **rachunek** – wydzielony dla umowy rachunek jednostek funduszy, na którym jednostki funduszy są zarachowywane i odliczane w przypadkach i w sposób określony w OWU;
- 16) **regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (regulamin funduszy)** – dokument, który zawiera informacje o funduszach z oferty Towarzystwa, ich celach i zasadach działania oraz o profilach inwestycyjnych i funduszach, które są dostępne w ramach tych profili. Należy czytać go łącznie z OWU;
- 17) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 18) **rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą rejestracji wniosku jest 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego;
- 19) **suma ubezpieczenia** – kwota, którą na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w razie śmierci ubezpieczającego;
- 20) **Towarzystwo** – Towarzystwo Ubezpieczeń Allianz Życie Polska S.A.;
- 21) **ubezpieczający** – osoba, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia i której życia dotyczy umowa ubezpieczenia (ubezpieczony);
- 22) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe lub fundusze** – część aktywów Towarzystwa, która została wydzielona w celu gromadzenia i inwestowania środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych zgodnie z regulaminem funduszy; fundusze umożliwiają dostęp do wielu instrumentów finansowych (np. obligacji, akcji, instrumentów rynku pieniężnego) i różnią się poziomem ryzyka inwestycyjnego;
- 23) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie jego śmierci;
- 24) **uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie jego śmierci, jeżeli w chwili tej nie ma uposażonych;
- 25) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalana jest zgodnie z zasadami i w terminach określonych w regulaminie funduszy;
- 26) **wartość środków zgromadzonych na IKE** – suma wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku;
- 27) **wpłata transferowa**:
 - a) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z innej niż Towarzystwo instytucji finansowej, z którą ubezpieczający uprzednio zawarł umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego,
 - b) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z tą instytucją,
 - c) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z programu emerytalnego;
- 28) **wpłata środków na rzecz ubezpieczającego** – wypłata jednorazowa albo wypłata w ratach środków zgromadzonych na IKE:
 - a) na wniosek ubezpieczającego, po osiągnięciu przez niego wieku 60 (sześćdziesięciu) lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 (pięćdziesiątego piątego) roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 (pięciu) dowolnych latach kalendarzowych albo
 - dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 (pięć) lat przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;warunek dotyczący dokonywania wpłat nie ma zastosowania do środków przeniesionych z programu emerytalnego na IKE;
 - b) na wniosek ubezpieczającego urodzonego do dnia 31 grudnia 1945 roku, po spełnieniu warunku:
 - dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 3 (trzech) dowolnych latach kalendarzowych albo
 - dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 3 (trzy) lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty,
 - c) na wniosek ubezpieczającego urodzonego w okresie między 1 stycznia 1946 roku a 31 grudnia 1948 roku, po spełnieniu warunku:
 - dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 4 (czterech) dowolnych latach kalendarzowych albo
 - dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 4 (cztery) lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;
- 29) **wpłata środków na rzecz osoby uprawnionej** – wypłata środków zgromadzonych na IKE w razie śmierci ubezpieczającego na wniosek osoby uprawnionej, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego albo zwrotu środków; wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej ma miejsce jako wypłata jednorazowa albo jako wypłata w ratach;
- 30) **wpłata transferowa na rzecz ubezpieczającego** – przeniesienie przez ubezpieczającego środków zgromadzonych na IKE:
 - a) do innej niż Towarzystwo instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE,
 - b) do programu emerytalnego, do którego przystąpił ubezpieczający;

- 31) **wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej** – przeniesienie przez osobę uprawnioną, w razie śmierci ubezpieczającego, przysługujących jej środków zgromadzonych na IKE do instytucji finansowej, z którą osoba uprawniona zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego lub do programu emerytalnego, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego albo zwrotu środków;
- 32) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczającego;
- 33) **zwrot środków** – wypłata całości środków zgromadzonych na IKE w razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy o prowadzenie IKE przez Towarzystwo albo w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, jak też wycofanie środków zgromadzonych na IKE w innych przypadkach wymienionych w OWU jako zwrot środków.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci ubezpieczającego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego, powiększonej o ewentualnie nierozliczone składki zgodnie z § 7 ust. 4.
- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest obliczana jako suma wartości środków zgromadzonych na IKE oraz podstawowej sumy ubezpieczenia.
- Podstawowa suma ubezpieczenia wynosi:
 - 3 (trzy) procent wartości rachunku, nie mniej jednak niż 100 (sto) złotych – w przypadku śmierci ubezpieczającego wskutek nie-szczęśliwego wypadku, pod warunkiem, że nastąpiła ona w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty tego wypadku;
 - 100 (sto) złotych w pozostałych przypadkach.
- Podstawowa suma ubezpieczenia wynosi 0 (zero) złotych w razie samobójstwa ubezpieczającego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia, w części stanowiącej środki zgromadzone na IKE, zostanie wypłacona osobom uprawnionym jako wypłata transferowa na rzecz osób uprawnionych albo jako wypłata środków na rzecz osób uprawnionych, zgodnie z zasadami określonymi odpowiednio w § 9 albo § 11, zaś w pozostałej części – osobom uprawnionym zgodnie z zasadami określonymi w § 10.
- Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczającemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki lub przyjęciu wpłaty transferowej. Pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest wskazany w dokumencie ubezpieczenia, a ostatnim dniem okresu ubezpieczenia jest dzień rozwiązania umowy.

§ 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I UMOWY O PROWADZENIE IKE PRZEZ TOWARZYSTWO

- Umowa ubezpieczenia oraz umowa o prowadzenie IKE przez Towarzystwo zawierane są przez ubezpieczającego łącznie na czas nie-określony. Ilekroć w OWU mowa jest o umowie należy przez to rozumieć zarówno umowę ubezpieczenia, jak też umowę o prowadzenie IKE przez Towarzystwo.
- Umowa może zostać zawarta przez osobę fizyczną, która ukończyła 16 (szesnaście) lat w chwili jej zawarcia. Wiek ubezpieczającego, liczony jako liczba lat ukończonych w dniu jego ostatnich urodzin, określa się na dzień rejestracji wniosku. Ubezpieczający może zawrzeć umowę wyłącznie na własną rzecz.
- Umowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną.
- Przyjmując wniosek, Towarzystwo dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
- Przed zawarciem umowy, Towarzystwo 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. Umowa może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego. W przeciwnym razie

umowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez ubezpieczającego odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa, że umowa nie jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego. Ubezpieczający może odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej. W takim przypadku Towarzystwo ma ograniczoną możliwość oceny, które z ubezpieczeń z oferty jest odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego i umowa może zostać zawarta wyłącznie wtedy, gdy ubezpieczający złoży pisemne żądanie jej zawarcia.

- Umowę – na warunkach zgodnych z treścią wniosku – uważa się za zawartą z chwilą sporządzenia przez Towarzystwo dokumentu polisy stanowiącego oświadczenie jego woli o przyjęciu oferty ubezpieczającego, co następuje w terminie 7 (siedmiu) dni od rejestracji wniosku. Towarzystwo dostarcza polisę ubezpieczającemu.
- Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy, w szczególności wówczas, gdy złożony przez ubezpieczającego wniosek nie zawiera wszelkich wymaganych oświadczeń, zawiera postanowienia, które w jakikolwiek sposób zmieniają lub uzupełniają zapisy zamieszczone przez Towarzystwo w treści formularza wniosku, bądź w inny sposób nie spełnia wymagań wynikających z OWU.
- Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontraoferta). Złożenie kontraoferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach umowy odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7-dniowy (siedmiodniowy) termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontraoferta Towarzystwa została przyjęta, a umowa 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.
- Do czasu zawarcia umowy ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W takim przypadku Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez ubezpieczającego składkę w terminie nie dłuższym niż 30 (trzydzieści) dni od dnia otrzymania oświadczenia o cofnięciu oferty. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się również wówczas, gdy Towarzystwo odmówi zawarcia umowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 7 stosuje się odpowiednio.
- W jednym czasie ubezpieczający może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy.

§ 4. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Składka ubezpieczeniowa płatna jest zgodnie z wyborem ubezpieczającego jako składka z zadeklarowaną częstotliwością i wysokością albo jako składka bez zadeklarowanej częstotliwości i wysokości. Pierwsza składka powinna być zapłacona przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień zdań następnych. Jeżeli ubezpieczający składając ofertę zawarcia umowy oświadczył, że posiada indywidualne konto emerytalne prowadzone przez inną niż Towarzystwo instytucję finansową i potwierdził, że dokona ona wpłaty transferowej, pierwsza składka powinna być zapłacona niezwłocznie po wpływie środków będących przedmiotem wpłaty transferowej z dotychczasowej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego. Postanowienia zdania poprzedzającego nie stosuje się, jeżeli otwarto likwidację instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego, ogłoszono upadłość albo prawomocnie oddalono wniosek o ogłoszenie upadłości lub umorzono postępowanie upadłościowe instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego, jeżeli majątek tej instytucji nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania albo cofnięto zezwolenie na prowadzenie działalności instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego na podstawie ostatecznej decyzji organu nadzoru albo takie zezwolenie wygasło.
- W Wykazie Opłat i Limitów Towarzystwo wskazuje minimalną wysokość składek, o których mowa powyżej. Wartości te mogą zostać zmienione, jeżeli strony tak postanowią.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia w pierwszych 3 (trzech) latach ubezpieczenia sumy składek ubezpieczeniowych w kwocie stanowiącej 100 (sto) procent maksymalnej wysokości wpłat na IKE obowiązującej w roku kalendarzowym, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, ulega zmniejszeniu o kwoty przekazane w ramach wpłaty transferowej.

4. Składki powinny być wpłacane na rachunek bankowy Towarzystwa lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. W przypadku umowy zawieranej na podstawie wniosku elektronicznego pierwsza składka może zostać zapłacona wyłącznie przelewem wykonanym z rachunku bankowego, którego właścicielem jest ubezpieczający. Rachunek bankowy musi być prowadzony przez bank krajowy lub oddział banku zagranicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. Prawo bankowe.

§ 5. SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W razie nieopłacenia składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminie wskazanym w § 4 ust. 3, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty brakującej kwoty, nie wyższej jednak niż maksymalna wysokość wpłat na IKE obowiązująca w roku kalendarzowym, w którym ma być dokonana wpłata, pomniejszona o wpłaty na IKE dokonane w tym roku kalendarzowym.
2. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu dodatkowe, przynajmniej 7-dniowy (siedmiodniowy) termin zapłaty, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa, wskazać mu skutki niezapłacenia w tym terminie oraz pouczyć go, że ma prawo dokonania wypłaty transferowej i że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE, pomniejszone o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, a w razie, gdy na IKE dokonano wpłaty transferowej z programu emerytalnego – również o kwotę stanowiącą 30 (trzydzieści) procent sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.
3. Jeżeli ubezpieczający nie dokona wpłaty w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego. Umowa ubezpieczenia ulega w takim przypadku rozwiązaniu z 14 (czternastym) dniem, licząc od dnia upływu dodatkowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 6. PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Alokacja składki ubezpieczeniowej wynosi 100 (sto) procent, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przed alokacją składki Towarzystwo potrąca opłatę dystrybucyjną do wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów. Opłata ta jest pobierana w ratach, w wysokości 4% wpłaconej składki ubezpieczeniowej i jest przeznaczona na pokrycie kosztów zawarcia umowy.

§ 7. WPŁATA UBEZPIECZAJĄCEGO NA IKE. WPŁATY TRANSFEROWE

1. Wpłata ubezpieczającego na IKE stanowi alokowana część składki ubezpieczeniowej.
2. Małoletniemu przysługuje prawo do wpłat na IKE tylko w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę.
3. Suma wpłat ubezpieczającego na IKE w żadnym roku kalendarzowym nie może przekroczyć maksymalnej wysokości wpłat na IKE.
4. Jeżeli suma wpłat na IKE jest wyższa niż maksymalna wysokość wpłat na IKE w danym roku kalendarzowym, to wpłacone kwoty ponad maksymalną wysokość wpłat na IKE pozostają nierozliczone do końca tego roku kalendarzowego i alokowane są z pierwszym dniem następnego roku kalendarzowego, do maksymalnej wysokości wpłat na IKE w tym roku kalendarzowym. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio w zakresie nadwyżki wpłaconych kwot nad maksymalną wysokość wpłat na IKE w następnym roku kalendarzowym.
5. Środki przekazane w ramach wpłaty transferowej zasilają w całości rachunek ubezpieczającego i podlegają alokacji w wysokości 100 (sto) procent, przy czym:
 - 1) wpłata na IKE dokonana przez ubezpieczającego w danym roku kalendarzowym do instytucji dokonującej transferu zaliczana jest do maksymalnej wysokości wpłat na IKE w tym samym roku kalendarzowym;
 - 2) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z tą instytucją, nie jest zaliczane do maksymalnej wysokości wpłat na IKE;

- 3) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z programu emerytalnego nie jest zaliczane do maksymalnej wysokości wpłat na IKE.

§ 8. RACHUNEK

1. Z chwilą zawarcia umowy Towarzystwo otwiera ubezpieczającemu rachunek, który stanowi IKE ubezpieczającego. Oznaczenie IKE ubezpieczającego, umożliwiające jego identyfikację, stanowi numer polisy.
2. Wpłata ubezpieczającego na IKE przeliczana jest w terminie 14 (czternastu) dni od jej otrzymania przez Towarzystwo na jednostki funduszy zarachowywane na rachunku, zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia zapłaty składki ubezpieczeniowej lub z pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza, z zastrzeżeniem § 7 ust. 4.
3. Ubezpieczający nie może dokonywać wpłat na IKE, z którego dokonał wypłaty pierwszej raty środków na swoją rzecz. W takim przypadku postanowienia § 5 nie mają zastosowania, zaś kwoty wpłacone ponad maksymalną wysokość wpłaty na IKE, o których mowa w § 7 ust. 4, są niezwłocznie zwracane ubezpieczającemu.
4. Środki przekazywane w ramach wpłaty transferowej przeliczane są przez Towarzystwo na jednostki funduszy i zarachowywane na rachunku, zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia przyjęcia wpłaty transferowej, w terminie 14 (czternastu) dni od późniejszej z dat: otrzymania środków lub otrzymania kompletnej dokumentacji opisującej transfer z instytucji finansowej dokonującej wypłaty transferowej.
5. Przed zawarciem umowy ubezpieczający wybiera fundusze – spośród tych, które są dostępne dla niego w umowie, zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie funduszy – na których jednostki przeliczana będzie wpłata na IKE. Ubezpieczający określa także udział poszczególnych funduszy w kwocie tej wpłaty. W razie dokonywania podziału wpłaty na IKE pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie żadnego z nich nie może być niższy niż 5 (pięć) procent.
6. Przy przekazywaniu środków w ramach wpłaty transferowej, ubezpieczający dokonuje wyboru funduszy – spośród tych, które są dostępne dla niego w umowie, zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie funduszy – na których jednostki przeliczane będą te środki. Ubezpieczający określa także udział poszczególnych funduszy w kwocie wpłaty transferowej. W razie dokonywania podziału pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie transferowej żadnego z nich nie może być niższy niż 5 (pięć) procent. Jeżeli ubezpieczający nie dokonał wyboru funduszy, na których jednostki przeliczane będą te środki, albo nie określił udziału poszczególnych funduszy w kwocie wpłaty transferowej, podział tej kwoty pomiędzy poszczególne fundusze IKE dokonywany jest zgodnie z podziałem wpłaty ubezpieczającego na IKE.
7. Ubezpieczający może w każdym czasie, nie więcej jednak niż 12 (dwanaście) razy w danym roku ubezpieczenia, zażądać przeliczenia całości lub części zarachowanych na jego rachunku jednostek danego funduszu na jednostki innego funduszu, który jest dla niego dostępny w umowie w dniu, w którym składa wniosek, zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie funduszy. W wyniku przeliczenia całości lub części zarachowanych na rachunku jednostek danego funduszu na jednostki innego funduszu nie może wzrosnąć udział Funduszu Gwarancji Zysku.
8. Przeliczenia, o którym mowa w ust. 7, dokonuje się w taki sposób, że:
 - 1) wartość środków zgromadzonych na IKE pozostaje niezmienną,
 - 2) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie 14 (czternastu) dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia ubezpieczającego,
 - 3) przeliczenie następuje według wartości jednostek funduszy obowiązującej w dniu jego dokonania.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić proporcje podziału wpłaty na IKE pomiędzy wybrane fundusze, dostępne dla niego w umowie w dniu, w którym składa wniosek o zmianę, zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie funduszy. W wyniku tej zmiany udział we wpłacie żadnego z funduszy nie może być niższy niż 5 (pięć) procent. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania zmiany w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania odpowiedniego oświadczenia ubezpieczającego, zaś zmiana jest skuteczna począwszy od daty pierwszej alokacji składki po jej dokonaniu.
10. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty dla każdego funduszu jest ustalana zgodnie z regulaminem funduszy dla wszystkich umów ubezpieczenia, w których jest możliwe zarachowanie na rachunku jednostek danego funduszu. Opłata jest pobierana przez cały czas trwania umowy – z aktywów funduszu podczas

ich wyceny, każdego dnia roboczego oraz ostatniego dnia miesiąca. Pobranie opłaty powoduje zmianę wartości tych aktywów, a tym samym – zmianę wartości jednostki tego funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów.

Opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym jest przeznaczana na pokrycie kosztów:

- 1) dla zarządzających funduszami inwestycyjnymi, w które inwestowane są aktywa poszczególnych funduszy (w tym kosztów agenta transferowego),
- 2) prowadzenia czynności księgowo-administracyjnych, w tym procesu wyceny funduszy,
- 3) prowadzenia działalności Towarzystwa związanej z oferowaniem i obsługą ubezpieczeń z funduszami.

11. Raz w roku ubezpieczenia Towarzystwo informuje ubezpieczającego na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, o wartości środków zgromadzonych na IKE (roczna informacja), przy czym pierwsza taka roczna informacja jest przekazywana nie wcześniej niż w terminie 10 (dziesięciu) miesięcy i nie później niż w terminie 14 (czternastu) miesięcy od dnia zawarcia umowy.
12. Liczba i wartość jednostek funduszy zarachowywanych na rachunku i z niego odliczanych są zaokrąglane do 5 (piątego) miejsca po przecinku.
13. Zarachowanie jednostek na rachunku lub odliczenie jednostek z rachunku zgodnie z OWU, o ile takie zarachowanie lub odliczenie następują z tą samą datą, jest dokonywane w następującej kolejności:
 - 1) odliczenie jednostek tytułem wypłaty lub zwrotu całości zgromadzonych środków oraz związanych z tym opłat;
 - 2) odliczenie i zarachowanie jednostek funduszy tytułem przeliczenia jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu;
 - 3) odliczenie jednostek tytułem wypłaty lub zwrotu w ratach zgromadzonych środków oraz opłaty z tym związanej;
 - 4) zarachowanie jednostek tytułem alokacji składki lub środków przekazanych w ramach wpłaty transferowej.
14. Jeśli przed zawarciem umowy lub w czasie trwania tej umowy Ubezpieczający wybiera fundusz, który nie jest dla niego dostępny zgodnie z zasadami opisanymi w regulaminie funduszy, to jest zobowiązany złożyć pisemny wniosek w tym zakresie, chyba że przepis prawa dopuszcza inną formę złożenia takiego wniosku.

§ 9. WYPŁATA TRANSFEROWA

1. Wypłata transferowa jest dokonywana jako wypłata transferowa na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 29 albo jako wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 30.
2. Przy dokonywaniu wypłaty transferowej postanowienia § 10 ust. 2-3 i ust. 9 stosuje się odpowiednio.
3. Ustalenie wartości i dokonanie wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej przez ubezpieczającego i okazaniu odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z inną niż Towarzystwo instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
4. Wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i 5, jest dokonywana w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej przez osobę uprawnioną i przedstawienia przez nią dokumentu stwierdzającego jej tożsamość, dokumentów potwierdzających zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okazania potwierdzenia zawarcia przez osobę uprawnioną umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i § 19, przedmiotem wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.
6. Jeżeli ma miejsce wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej, każda z osób uprawnionych może dokonać wypłaty transferowej wyłącznie całości przysługujących jej środków ustalonych zgodnie z § 10 ust. 4 i 5.
7. Dokonując wypłaty transferowej na rzecz osoby uprawnionej, Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki w części przypadającej tej osobie, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu śmierci ubezpieczającego.
8. Z zastrzeżeniem ust. 10, z chwilą przekazania środków w ramach wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego umowa ulega rozwiązaniu.

9. W razie wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego w pierwszym roku ubezpieczenia, Towarzystwo potrąca z transferowanych środków opłatę likwidacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów.
10. Po dokonaniu wypłaty transferowej, ubezpieczający może kontynuować umowę ubezpieczenia pod warunkiem złożenia przed dokonaniem wypłaty transferowej wniosku o kontynuację umowy. W takim przypadku umowa ubezpieczenia będzie kontynuowana zgodnie z warunkami wybranego ubezpieczenia inwestycyjnego ze składką jednorazową, którego umowy są zawierane bez badania stanu zdrowia ubezpieczającego, oferowanego przez Towarzystwo w dniu złożenia przez ubezpieczającego wniosku o kontynuację umowy ubezpieczenia. W przypadku braku wniosku ubezpieczającego, zastosowanie mają postanowienia ust. 8.

§ 10. USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO W CZĘŚCI NIESTANOWIĄCEJ ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE

1. Z zastrzeżeniem § 2 ust. 3, przy obliczaniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego uwzględnia się podstawową sumę ubezpieczenia z tego tytułu w dniu śmierci ubezpieczającego oraz wartość środków zgromadzoną na IKE, obliczoną jako iloczyn liczby jednostek funduszy, zarachowanych na rachunku w dniu śmierci ubezpieczającego i wartości tych jednostek obowiązującej w tym dniu.
2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczającego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumentem potwierdzającym to zdarzenie jest dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu organy państwa, w którym nastąpiło zdarzenie.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zajęcie zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczający ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych, a świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach procentowych określonych przez ubezpieczającego. Jeżeli ubezpieczający wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu lub 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 ubezpieczającego albo umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczającego, zaś jego udział przypada wtedy pozostałym uposażonym w równych częściach, chyba że ubezpieczający wskazał inny podział tych środków pomiędzy uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczającego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczającego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczającego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z zasadami dziedziczenia ustawowego.
6. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy osoby uprawnionej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 7, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§ 11. WYPŁATA ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE

1. Wypłata środków zgromadzonych na IKE jest dokonywana jako wypłata środków na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 27 albo jako wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28.
2. Przy dokonywaniu wypłaty środków zgromadzonych na IKE postanowienia § 10 ust. 2-3, ust. 6 i ust. 9 stosuje się odpowiednio, z zastrzeżeniem zdania następnego. Wypłata środków ubezpieczającemu w przypadku umowy zawartej na podstawie wniosku elektronicznego następuje wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
3. Z zastrzeżeniem § 19, ustalenie wartości i wypłata jednorazowa środków na rzecz ubezpieczającego następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty. W przypadku wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego w ratach, przy wypłacie pierwszej raty stosuje się odpowiednio postanowienia zdania poprzedzającego, a przy wypłacie kolejnych rat Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki, w liczbie przypadającej na każdą ratę, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu wypłaty kolejnej raty. Ustalenie liczby jednostek przypadających na pierwszą ratę następuje poprzez podzielenie liczby jednostek zgromadzonych na rachunku w dniu ustalenia wartości przez liczbę rat określonych w tym wniosku, zaś ustalenie liczby jednostek przypadających na kolejne raty następuje poprzez podzielenie liczby jednostek zgromadzonych na rachunku w dniu wypłaty danej raty przez liczbę pozostałych rat. Ubezpieczający składając wniosek o dokonanie wypłaty, może zażądać wypłaty w późniejszym, wskazanym przez siebie terminie.
4. Z zastrzeżeniem § 19, wypłata jednorazowa środków na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i 5 albo wypłata na jej rzecz pierwszej raty tych środków, jest dokonywana w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez osobę uprawnioną wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia przez nią dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i dokumentu stwierdzającego jej tożsamość. Osoba uprawniona składając wniosek o dokonanie wypłaty, może zażądać wypłaty w późniejszym, wskazanym przez siebie terminie.
5. Przedmiotem wypłaty na rzecz ubezpieczającego może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE, chyba że ubezpieczający złoży wniosek o wypłatę tych środków w ratach, na zasadach określonych w ust. 6. Jeżeli ma miejsce wypłata na rzecz osoby uprawnionej, każda z osób uprawnionych może dokonać wypłaty wyłącznie całości przysługujących jej środków zgodnie z § 10 ust. 4 i 5, chyba że osoba uprawniona złoży wniosek o wypłatę tych środków w ratach, na zasadach określonych w ust. 6.
6. Ubezpieczający lub osoba uprawniona mogą zażądać wypłaty środków na ich rzecz w dwóch lub czterech ratach przez okres 2 (dwóch) lat. Wypłaty kolejnych rat są dokonywane w odstępach odpowiednio rocznych albo półrocznych, licząc od złożenia wniosku o wypłatę w ratach.
7. Dokonując wypłaty jednorazowej środków na rzecz osoby uprawnionej, Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki w części przypadającej tej osobie, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszy lub funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu śmierci ubezpieczającego. W przypadku wypłaty środków na rzecz osoby uprawnionej w ratach, Towarzystwo ustala wysokość raty poprzez podzielenie wartości przypadającej tej osobie przez liczbę rat.
8. Z chwilą wypłaty jednorazowej środków na rzecz ubezpieczającego albo z chwilą wypłaty na jego rzecz ostatniej raty tych środków, umowa ulega rozwiązaniu.

§ 12. ZMIANY UMOWY Z ZADEKLAROWANĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ I WYSOKOŚCIĄ SKŁADKI

1. Ubezpieczający może zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy z zadeklarowaną częstotliwością opłacania składek ubezpieczający może zmienić wysokość składki ubezpieczeniowej, przy czym wnioskowana przez ubezpieczającego wysokość składki ubezpieczeniowej nie może być niższa ani wyższa niż odpowiednio minimalna oraz maksymalna wysokość składki wskazane przez Towarzystwo w Wykazie Opłat i Limitów. Wartości te mogą zostać zmienione, jeżeli strony tak postanowią. Pierwsza wymagalność składki w zmienionej wysokości przypada na

najbliższą wymagalność składki ubezpieczeniowej po dokonanej zmianie.

§ 13. ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy 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;
 - 2) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 8 ust. 11;
 - 3) śmierci ubezpieczającego;
 - 4) dokonania przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa rozwiązuje się:
 - 1) po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy lub jej wypowiedzeniu – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4, lecz nie później niż z chwilą zwrotu lub wypłaty środków;
 - 2) z dniem nastąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.
3. Ubezpieczający odstępując od umowy albo wypowiadając umowę, jest zobowiązany do złożenia oświadczenia o zapoznaniu się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w § 5 ust. 2.

§ 14. ZWROT ŚRODKÓW

1. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy lub jej wypowiedzenia, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego lub wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu środki zgromadzone na IKE.
2. Ustalenie wartości i dokonanie zwrotu środków następują w terminie 14 (czternastu) dni odpowiednio od dnia złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub o jej wypowiedzeniu, albo po upływie terminu wyznaczonego ubezpieczającemu na zapłacenie składki zgodnie z § 5 ust. 2, z zastrzeżeniem zdania następnego. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 2, wartość zwracanych środków ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
3. Zwrot środków zgromadzonych na IKE następuje przed rozwiązaniem umowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 6 stosuje się odpowiednio, z zastrzeżeniem zdania następnego. Zwrot środków ubezpieczającemu w przypadku umowy zawartej na podstawie wniosku elektronicznego następuje wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
4. W razie zwrotu środków zgromadzonych na IKE w pierwszym roku ubezpieczenia, Towarzystwo potrąca ze zwracanych środków opłatę likwidacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów.
5. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 2, Towarzystwo ze zwracanych środków potrąca opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent tych środków, która nie może przewyższyć opłaty likwidacyjnej, o której mowa w ust. 4.
6. Na równi ze zwrotem środków zgromadzonych na IKE traktuje się ich pozostawienie na rachunku, jeżeli ubezpieczający odstąpił od umowy lub ją wypowiedział, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego lub wypłaty transferowej na jego rzecz.
7. W przypadku gdy na IKE ubezpieczającego przyjęto wpłatę transferową z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 (siedmiu) dni, licząc od dnia złożenia przez ubezpieczającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30 (trzydziestu) procent sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.

§ 15. CZĘŚCIOWY ZWROT ŚRODKÓW

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o częściowy zwrot środków, pod warunkiem że środki te pochodziły z wpłat na IKE.
2. W razie złożenia przez ubezpieczającego wniosku o częściowy zwrot środków, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, Towarzystwo wypłaca ubezpieczającemu kwotę przez niego wskazaną w tym wniosku.
3. Dokonując częściowego zwrotu środków, Towarzystwo odlicza z rachunku odpowiednią liczbę zgromadzonych na nim jednostek, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu ustalenia wysokości częściowego zwrotu.
4. Ustalenie wysokości oraz dokonanie częściowego zwrotu środków następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia złożenia przez ubezpieczającego wniosku. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 6 stosuje się odpowiednio.
5. W razie częściowego zwrotu środków, Towarzystwo potrąca ze zwracanych środków opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów.

§ 16. REKLAMACJE

1. Przez reklamacje, w tym skargi i zażalenia, rozumie się zastrzeżenia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony lub inny uprawniony z umowy mają prawo złożyć reklamację w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (ul. Inflancka 4B, 00-189 Warszawa). Można to zrobić:
 - 1) na piśmie – dostarczyć osobiście w naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej) albo przesyłką pocztową w rozumieniu ustawy prawo pocztowe,
 - 2) ustnie – telefonicznie (preferowany numer telefonu 224 224 224, opłata za połączenie zgodna z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty w każdej naszej jednostce obsługującej klientów lub w naszym biurze (adres wskazany wyżej),
 - 3) elektronicznie – przy użyciu formularza dostępnego na naszej stronie internetowej allianz.pl, skargi@allianz.pl lub na adres do e-doręczeń: AE:PL-73604-64978-TAJBC-22.
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, w szczególności: 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, na piśmie. 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 wystanie 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. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania 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). 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. Mówi o tym ustawa o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym.

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. Przy Komisji Nadzoru Finansowego działa Sąd Polubowny, uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów konsumenckich, które wynikają ze stosunków umownych pomiędzy nami a odbiorcami usług, które świadczymy. Szczegółowe informacje są dostępne na stronie: www.knf.gov.pl
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 17. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Pozew w sprawach związanych z umową można złożyć do sądu:
 - 1) właściwego dla siedziby Towarzystwa – według przepisów o właściwości ogólnej,
 - 2) właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby:
 - a) ubezpieczającego lub spadkobiercy ubezpieczającego,
 - b) uprawnionego z umowy lub jego spadkobiercy.

§ 18. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH I ADMINISTROWANIE DANymi OSOBOWymi

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 i wykonywanie umowy ubezpieczenia oraz przeciwdziałanie przestępczości ubezpieczeniowej;
 - 3) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
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.
4. Dane osobowe, które Towarzystwo przetwarza, może przekazać:
 - 1) innym ubezpieczycielom i reasekuratorom – tylko w zakresie i celu, które wynikają z zawartych umów ubezpieczenia,
 - 2) Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej – na podstawie Ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu,
 - 3) innym podmiotom w celach marketingowych – pod warunkiem, że Towarzystwo uzyska zgodę osoby, której dane dotyczą.
5. Osoba, której dane są przetwarzane przez Towarzystwo, ma prawo:
 - 1) uzyskać informacje o tym, jaką treść mają przetwarzane dane,
 - 2) poprawiać te dane albo je usunąć, o ile jest to zgodne z prawem,
 - 3) ograniczyć przetwarzanie danych lub je przenieść, o ile jest to zgodne z prawem.
6. 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. Szczegółowy opis sposobu, w jaki dane osobowe są przetwarzane znajduje się na stronie internetowej Towarzystwa, w Polityce prywatności.

§ 19. UPADŁOŚĆ I LIKWIDACJA TOWARZYSTWA

1. W razie otwarcia likwidacji Towarzystwa, ogłoszenia upadłości albo prawomocnego oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego Towarzystwa, jeżeli jego majątek nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania albo ostatecznej decyzji organu nadzoru o cofnięciu Towarzystwu zezwolenia na prowadzenie działalności, Towarzystwo, syndyk, nadzorca sądowy lub zarządca są zobowiązani do powiadomienia o tym ubezpieczającego w terminie 30 (trzydziestu) dni od zajścia tego zdarzenia.
2. Powiadomienie powinno zawierać informację o terminie, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego oraz skutkach niedostarczenia tych potwierdzeń w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia.
3. W celu dokonania wypłaty transferowej ubezpieczający, w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2, jest zobowiązany do zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową i do dostarczenia potwierdzenia zawarcia tej umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego i do dostarczenia potwierdzenia przystąpienia do tego programu.
4. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego obowiązków, o których mowa w ust. 3, jeżeli nie spełnia on warunków do wypłaty środków na jego rzecz, następuje zwrot środków przyznanych w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W razie spełnienia przez ubezpieczającego warunków, o których mowa w ust. 3, ma miejsce wypłata transferowa środków przyznanych w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 20. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający nie może przenieść praw przysługujących mu z umowy na osoby trzecie, z zastrzeżeniem zdania następnego. Środki zgromadzone na IKE mogą być obciążone zastawem, a wtedy zaspokojenie wierzytelności zabezpieczonej zastawem z tych środków traktowane jest jako częściowy zwrot środków albo zwrot środków.
2. Towarzystwo na wniosek ubezpieczającego informuje go o wymienionych w OWU wielkościach minimalnych i maksymalnych obowiązujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego i jego rejestracji.
3. Towarzystwo informuje ubezpieczającego w formie pisemnej przynajmniej raz w każdym roku kalendarzowym o środkach zgromadzonych na IKE, określając przynajmniej wartość środków zgromadzonych na IKE, z wyszczególnieniem liczby jednostek poszczególnych funduszy oraz wartości tych jednostek.

4. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy wymagają formy pisemnej albo innej formy odrębnie uzgodnionej z Towarzystwem, z zastrzeżeniem ust. 9. Oświadczenie, powiadomienie lub wniosek, o których mowa powyżej, składane w formie pisemnej, powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazanym 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 składająca 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.
5. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
6. 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.
7. Wszelkie dyspozycje dotyczące środków zgromadzonych na IKE powinny zawierać oznaczenie IKE (numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia).
8. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
9. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem allianz.pl.

§ 21. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU są:

- 1) Wykaz Opłat i Limitów;
- 2) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

OWU zostały przyjęte uchwałą Zarządu nr 77/2025 i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie wniosków o ubezpieczenie złożonych od 7 czerwca 2025 r.