

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INWESTYCYJNEGO MULTIBONUS (MBON/J/2/2016)



Multibonus to nowoczesne rozwiązanie inwestycyjne zapewniające dostęp do szerokiej oferty ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych o zróżnicowanej strategii inwestycyjnej. Ich aktywa lokowane są w jednostkach uczestnictwa starannie wyselekcjonowanych funduszy inwestycyjnych, oferowanych przez renomowane Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych.

§ 1. DEFINICJE

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

1. **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych
2. **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wpłaconej składki ubezpieczeniowej



Alokacja składki mówi o tym, **jaka część wpłaconej składki zostanie przeliczona na jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych**. Przykładowo, 100% alokacji oznacza, że cała wpłacona składka zostanie przeliczona na jednostki wskazanych przez Ciebie funduszy.

3. **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy
4. **dzień wyceny** – dzień, na który ustalana jest przez Towarzystwo wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Dniem tym jest każdy dzień roboczy, w którym odbywa się sesja na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.; jeżeli jednostki danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyceniane z inną częstotliwością, odnośna informacja podana jest w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych
5. **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania rachunku tą wpłatą
6. **fundusz bezpieczny** – wskazany przez Towarzystwo na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiący załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy inwestujący środki w jednostki funduszu inwestycyjnego, który koncentruje swoje lokaty w instrumentach rynku pieniężnego oraz depozytach bankowych
7. **fundusz inwestycyjny** – fundusz inwestycyjny, subfundusz funduszu inwestycyjnego, fundusz zagraniczny lub subfundusz funduszu zagranicznego, działający na podstawie ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (Dz. U. Nr 146, poz. 1546 z późn. zm.) lub inna instytucja wspólnego inwestowania, mająca siedzibę poza terytorium Polski
8. **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które podzielone są aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego
9. **jednostki funduszu inwestycyjnego** – jednakowej wartości udziały, na które podzielone są aktywa funduszu inwestycyjnego
10. **lata ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w przypadkach w następujących latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą rejestracji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jest 29 lutego, drugi i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego

Zamieszczone w ramach praktyczne wskazówki i komentarze są jedynie wyjaśnieniami wybranych zapisów Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i nie stanowią treści dokumentu.

Przypominamy, że załącznikami do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Inwestycyjnego Multibonus są: Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Tabela Opłat i Limitów.

11. **miesięcznica umowy ubezpieczenia (miesięcznica)** – dzień rejestracji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz przypadające w kolejnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej jest dzień oznaczony datą dzienną niewystępującą w danym miesiącu kalendarzowym, miesięcznicą jest ostatni dzień takiego miesiąca kalendarzowego



Miesięcznica to dzień, w którym zarejestrujemy Twój wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, a także ten sam dzień kalendarzowy przypadający w każdym kolejnym miesiącu trwania umowy. Przykład: jeżeli data rejestracji Twojego wniosku przypada na 2 stycznia, to każda kolejna miesięcznica przypadnie na 2. dzień każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego.

12. **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego
13. **operacja** – pojedyncza czynność wykonywana przez Towarzystwo w ramach realizacji wniosku ubezpieczającego, polegająca na zarachowaniu lub odliczeniu jednostek funduszu z rachunku jednostek
14. **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia
15. **platforma internetowa Towarzystwa** – system informatyczny Towarzystwa umożliwiający ubezpieczającemu, za pośrednictwem Internetu, dokonanie określonych czynności związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia, udostępniany zgodnie z § 19 ust. 6 OWU
16. **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo; polisa może być sporządzona w formie elektronicznej
17. **rachunek jednostek** – wydzielony dla umowy ubezpieczenia rejestr jednostek funduszy, na którym jednostki funduszu są zarachowywane i odliczane w sposób określony w OWU
18. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument stanowiący załącznik do OWU, zawierający informacje o celach i zasadach funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w tym zasady lokowania środków tych funduszy
19. **rejestracja wniosku** – nadanie unikalnego numeru w systemie informatycznym Towarzystwa wnioskowi dotyczącemu wykonania co najmniej jednej operacji; w przypadku wniosku składanego za pośrednictwem platformy internetowej Towarzystwa rejestracja wniosku następuje w czasie rzeczywistym (on – line), a w przypadku wniosku składanego w formie pisemnej lub innej uzgodnionej z Towarzystwem, rejestracja wniosku następuje nie później niż 3. (trzeciego) dnia roboczego od dnia otrzymania przez Towarzystwo takiego wniosku
20. **śmierć wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w terminie 180 (stu osiemdziesięciu) dni od daty nieszczęśliwego wypadku
21. **Tabela Opłat i Limitów** – dokument stanowiący załącznik do OWU, zawierający opłaty i limity stosowane w umowie ubezpieczenia
22. **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna
23. **transfer środków** – zmiana funduszy, o której mowa w § 9 OWU
24. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która ukończyła 18. (osiemnasty) rok życia i która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia
25. **ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (fundusz lub UFK)** – wyodrębnione części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia
26. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy umowa ubezpieczenia
27. **oposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego

28. **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych
29. **wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunek jednostek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych
30. **wartość rachunku** – wartość wszystkich jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgromadzonych na rachunku jednostek
31. **wniosek** – oświadczenie woli złożone przez ubezpieczającego za pośrednictwem platformy internetowej Towarzystwa, pisemnie lub w innej formie uzgodnionej z Towarzystwem, dotyczące zmiany alokacji składki dodatkowej, całkowitej lub częściowej wypłaty wartości wykupu, transferu środków, na warunkach przewidzianych w OWU
32. **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym
33. **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding, lub saneczkarsstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy, lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne, wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego
34. **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
 - a) w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - b) w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy lub
 - c) uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych
35. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego lub śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego.
3. Zakres ubezpieczenia obejmuje również śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku.

§ 3.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI I ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU



W razie Twojej śmierci w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, od drugiego roku ubezpieczenia wypłacimy **102% wartości rachunku**, natomiast w przypadku gdy śmierć nastąpi wskutek nieszczęśliwego wypadku, wypłacone świadczenie będzie równe **105% wartości rachunku**.

1. W ubezpieczeniu na wypadek śmierci ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty, w razie śmierci ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 6 wynosi:

- 1) w pierwszym roku ubezpieczenia – 100 (sto) złotych i wartość rachunku w dniu śmierci ubezpieczonego,
 - 2) od drugiego roku ubezpieczenia – 102 proc. (sto dwa procent) wartości rachunku w dniu śmierci ubezpieczonego.
3. W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo, oprócz świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci, wypłaci dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 7.
 4. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest równa 3% (trzem procentom) wartości rachunku.
 5. Przy ustalaniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, wartość rachunku, o której mowa w ust. 2 i 4 powyżej, w dniu śmierci ubezpieczonego, korygowana jest o zmiany wynikające z operacji realizowanych na podstawie wniosków zarejestrowanych do momentu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a nierozliczonych przed zajściem tego zdarzenia, w następujący sposób:
 - 1) liczbę jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek pomniejsza się o liczbę jednostek funduszy odliczonych po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie zrealizowania wniosków o częściową wypłatę wartości rachunku jednostek złożonych do zajścia tego zdarzenia
 - 2) liczbę jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek powiększa się o liczbę jednostek funduszy zarachowaną po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pochodzącą ze składek dodatkowych zapłaconych do zajścia zdarzenia
 - 3) w przypadku wniosków o transfer środków złożonych przed zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego, niezrealizowanych do tego dnia, uwzględnia się dokonane w ramach tych wniosków przeliczenia jednostek funduszy po zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
 6. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu śmierci ubezpieczonego zostanie ograniczona do wysokości wartości rachunku jednostek na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego:
 - 1) w razie samobójstwa ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi na skutek działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek lub na skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w akcie terroryzmu lub na skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
 7. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone przez Towarzystwo, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nastąpi:
 - 1) w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - 2) w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub dokonaniem przez niego umyślnego samoszkodzenia ciała,
 - 3) w wyniku nieuzasadnionego nieprzestrzegania przez ubezpieczonego wskazań i zaleceń lekarskich,
 - 4) w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, z wyjątkiem przypadku, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - 5) na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych, niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 6) w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia, lub w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.

§ 4.

ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa, który może mieć

formę elektroniczną albo pisemną. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, czyli ubezpieczający musi być jednocześnie ubezpieczonym.



Jeśli posługujesz się elektronicznym wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, **pamiętaj aby przelewu składki jednorazowej dokonać z konta, którego jesteś właścicielem**. Twoje dane (imię, nazwisko, adres) podane we wniosku muszą być zgodne z danymi z przelewu.



Zwróć uwagę, że w przypadku Ubezpieczenia Inwestycyjnego Multibonus umowa ubezpieczenia **dotyczy wyłącznie ochrony Twojego życia** i nie możesz jej zawrzeć na rzecz osób trzecich.

3. Do zawarcia umowy ubezpieczenia konieczne jest spełnienie następujących warunków:

- 1) złożenie przez ubezpieczającego poprawnie wypełnionego i kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia
- 2) zapłata składki jednorazowej w sposób określony w § 6 ust. 5, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.



Aby zawrzeć umowę ubezpieczenia, **przeznacz nam kompletny i poprawnie wypełniony wniosek i dokonaj wpłaty zadeklarowanej składki**. Pamiętaj, że w razie problemów z wypełnieniem wniosku, pomocą służą nasi Konsultanci w TeleCentrum oraz Doradcy ds. Ubezpieczeń i Inwestycji. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest dokument zwany **polisą** – sprawdź, czy wszystkie zawarte w nim dane są prawidłowe i przechowuj go w bezpiecznym miejscu.

4. W przypadku niewpłynięcia na rachunek Towarzystwa składki jednorazowej lub – w przypadku umowy zawieranej drogą elektroniczną – wpłynięcia jej niezgodnie z zasadami określonymi w § 6 ust. 3, ważność wniosku ubezpieczeniowego wygasa z upływem 30 dni od daty jego złożenia. Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę ubezpieczeniową w terminie 7 dni od dnia upływu terminu ważności wniosku ubezpieczeniowego.
5. W przypadku spełnienia łącznie warunków wskazanych w ust. 3 Towarzystwo przyjmuje wniosek ubezpieczeniowy poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności w terminie 7 dni od dnia spełnienia tych warunków.
6. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo o ile nie postanowi inaczej, uzyskuje w formie ankiety, informacje dotyczące potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej ubezpieczającego tak, aby mogło dokonać oceny, które z ubezpieczeń będących w ofercie Towarzystwa jest odpowiednio do potrzeb ubezpieczającego. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego. W przeciwnym razie umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez ubezpieczającego odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa. Ubezpieczający może odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej.
7. Umowę ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego uważa się za zawartą z chwilą przyjęcia wniosku, o którym mowa w ust. 5 powyżej.
8. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą śmierci ubezpieczonego, jak też w przypadkach wskazanych w § 14 ust. 1 i w § 15 ust. 1.

§ 5. OKRES UBEZPIECZENIA

Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu od zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki jednorazowej, do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 14 ust. 3 i § 15 ust. 2.

§ 6. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA



Ubezpieczenie inwestycyjne Multibonus to **ubezpieczenie ze składką jednorazową**. Jej minimalna wysokość określona jest w Tabeli Opłat i Limitów. Pamiętaj, że w każdej chwili możesz dokonywać również **wpłat dodatkowych** – ich wysokość minimalną znajdziesz w tym samym dokumencie.

1. Ubezpieczający jest zobowiązany – wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia – wpłacić składkę ubezpieczeniową jednorazowo w wysokości przez siebie wybranej (składka jednorazowa).
2. Ubezpieczający może w dowolnym czasie wpłacać dodatkową składkę ubezpieczeniową w wysokości przez siebie wybranej (składka dodatkowa), z zastrzeżeniem ust. 4.
3. W przypadku umów zawieranych drogą elektroniczną, składka jednorazowa może być 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 1997 r. Prawo bankowe.



Pamiętaj, aby przy dokonywaniu wpłat dodatkowych również **wskazać wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe i określić ich procentowy udział w składce**. W przeciwnym razie wpłacona przez Ciebie kwota zostanie zainwestowana zgodnie z ostatnim wskazanym podziałem lub – w przypadku pierwszej wpłaty dodatkowej – zostanie przeliczona na jednostki funduszu bezpiecznego.

4. Towarzystwo okresowo ustala minimalną wysokość składki jednorazowej oraz minimalną wysokość składki dodatkowej. Minimalna wysokość składki jednorazowej i dodatkowej obowiązująca w dniu zawarcia umowy wskazana jest w Tabeli Opłat i Limitów.
5. Składka jednorazowa i dodatkowa wpłacana jest wyłącznie przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo. Towarzystwo nie przyjmuje wpłat składki jednorazowej i dodatkowej w gotówce.
6. Składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi w razie odmowy przyjęcia przez Towarzystwo wniosku ubezpieczeniowego, w terminie 30 (trzydziestu) dni od tej odmowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 13 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 7.

RACHUNEK JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Towarzystwo otwiera rachunek jednostek z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka jednorazowa oraz składki dodatkowe są alokowane na rachunku jednostek w 100% (stu procentach) w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od dnia zapłaty składki, a w odniesieniu do składki jednorazowej – nie wcześniej niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Termin podany wyżej ulega wydłużeniu do 14 (czternastu) dni roboczych w odniesieniu do składek alokowanych w jednostkach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lokujących środki w jednostkach funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę poza terytorium Polski lub funduszu inwestycyjnego wycenianego z inną częstotliwością niż na każdy dzień pracy Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.



Ubezpieczenie inwestycyjne Multibonus to ubezpieczenie ze stuprocentową alokacją składki, co oznacza, że **nie pobieramy opłaty wstępnej**, czyli całość wpłaconej przez Ciebie kwoty zostanie przeliczona na jednostki wybranych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

3. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona składka jednorazowa, a także określa udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5% (pięć procent).



Sam określasz, w które z dostępnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych mamy zainwestować wpłaconą przez Ciebie składkę. Do Twojej decyzji pozostawiamy także to, ile procent wpłaconej składki zainwestujemy w każdy ze wskazanych przez Ciebie funduszy. Pamiętaj jednak, że **minimalny udział funduszu w składce to 5%**.

4. Przed opłaceniem składki dodatkowej, ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona ta składka, a także określa udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje w takim przypadku wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5% (pięć procent).
5. Jeżeli ubezpieczający nie dokonał wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczana składka dodatkowa, ani nie określił udziału poszczególnych funduszy w alokowanej składce, podział tej składki pomiędzy poszczególne ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe dokonany będzie zgodnie z ostatnim podziałem składki dodatkowej, a jeżeli składka dodatkowa jest opłacana po raz pierwszy, będzie ona przeliczona na jednostki wskazanego przez Towarzystwo funduszu bezpiecznego.

- Jeżeli ubezpieczający dokonał wyboru ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, o którym mowa w ust. 5 powyżej, ale w dniu wplynięcia na rachunek Towarzystwa składki dodatkowej którykolwiek ze wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie jest dostępny zgodnie z § 19 ust. 3, składka dodatkowa w części dotyczącej takiego funduszu zostanie przeliczona na jednostki wskazanego przez Towarzystwo funduszu bezpiecznego.
- Z zastrzeżeniem ust. 8, ubezpieczający w każdym czasie może dokonać zmiany alokacji składki dodatkowej pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, składając Towarzystwu wniosek o zmianę alokacji składki dodatkowej. Zmiana alokacji składki dodatkowej jest skuteczna w odniesieniu do składek zaksięgowanych na rachunku bankowym Towarzystwa począwszy od dnia następującego po dniu zrealizowania dyspozycji zmiany proporcji podziału składki dodatkowej.



Raz dziennie możesz **bezpłatnie dokonać zmiany proporcji podziału kolejnych składek dodatkowych** pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe. Poinformuj nas o tym, składając wniosek o zmianę alokacji składki dodatkowej.

- Tylko raz w ciągu danego dnia roboczego ubezpieczający może dokonać zmiany alokacji składki dodatkowej. Po zarejestrowaniu w systemie informatycznym Towarzystwa pierwszego wniosku o zmianę, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, każdy kolejny wniosek, zarejestrowany tego samego dnia, zostanie odrzucony.
- Jeżeli suma procentowych udziałów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wybranych przez ubezpieczającego nie jest równa 100% (sto procent) lub udział procentowy danego funduszu nie jest podany z dokładnością do pełnych punktów procentowych, dyspozycję ubezpieczającego uznaje się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji.
- Każda zmiana podziału składki dodatkowej pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe jest bezpłatna.
- 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 rachunku (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.

§ 8.

OPLATY POBIERANE PRZEZ TOWARZYSTWO, ZMIANA OPLAT I LIMITÓW



Szczegółowe informacje dotyczące **rodzajów oraz wysokości pobieranych opłat** znajdziesz w Tabeli Opłat i Limitów.

- Z tytułu zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia, Towarzystwo pobiera następujące opłaty:
 - za zarządzanie ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi
 - za ryzyko ubezpieczeniowe
 - za transfer środków
 - za wypłatę częściową i wypłatę wartości wykupu.
- Opłata za zarządzanie ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi naliczana jest dziennie, ze wszystkich funduszy, których jednostki zgromadzone są na rachunku jednostek w danym dniu. Z zastrzeżeniem ust. 3, opłaty te pobierane są zbiorczo, z dołu, w miesięcznicę – każdorazowo za okres do dnia poprzedzającego tę miesięcznicę, jako suma dziennych opłat. Pobranie opłaty następuje z wartości rachunku jednostek, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w tej wartości, określanej na dzień miesięcznicy. Jeżeli w dniu miesięcznicy realizowany jest wniosek o transfer środków i środki transferowane zostały odliczone z wartości funduszu źródłowego, a jednocześnie nie zostały zarachowane na rachunku jednostek funduszu docelowego, udział, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, zostanie określony niezwłocznie po zakończeniu transferu środków, po czym opłata zostanie pobrana.



Opłata za zarządzanie ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi uzależniona jest od wartości Twojego rachunku – **im więcej środków, tym procentowa wysokość opłaty jest niższa**. Opłatę pobieramy w każdą miesięcznicę, poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z Twojego rachunku. Wysokość opłaty w skali roku znajdziesz w Tabeli Opłat i Limitów.

- W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia opłata za zarządzanie ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi pobierana jest za okres, za który nie została pobrana zgodnie z postanowieniami ust. 2 do dnia rozwiązania umowy. Opłata jest pobierana przed dokonaniem wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia.

- Wysokość opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi wskazana jest w Tabeli Opłat i Limitów i określona jest w skali roku.
- Towarzystwo za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe. Opłata ustalona jest jako część opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowymi.
- Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana oraz pobierana jest w ramach opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowymi.



Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe **wliczona jest w opłatę za zarządzanie** ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.

- W razie transferu środków Towarzystwo pobiera opłatę za transfer środków. Wysokość opłaty za transfer środków określona jest w Tabeli Opłat i Limitów.
- Tabela Opłat i Limitów określa liczbę wniosków o transfer środków, za które w każdym roku polisowym nie jest pobierana opłata, przy czym zakres tego zwolnienia jest zróżnicowany w zależności od sposobu składania dyspozycji transferu środków, w szczególności jej formy (transfer przez platformę internetową Towarzystwa, transfer przez telefon lub z wykorzystaniem pisemnego wniosku).



W każdym roku trwania ubezpieczenia możesz **bezpłatnie zmieniać ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe**. Liczbę przysługujących Ci bezpłatnych zmian określa Tabela Opłat i Limitów.

- W jednym wniosku o transfer środków można określić kilka operacji odliczania i zarachowywania jednostek funduszu. Limit liczby transferów środków możliwych do zlecenia w ramach jednego wniosku został określony w Tabeli Opłat i Limitów.
- W razie dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku lub wypłaty wartości wykupu, Towarzystwo uprawnione jest do potrącenia z wypłacanej kwoty opłaty z tytułu dokonania takiej wypłaty w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów.



W każdej chwili możesz dokonać **pełnej lub częściowej wypłaty środków zgromadzonych na Twoim rachunku**. Pamiętaj jednak, że może się to wiązać z opłatami – ich szczegółową wartość znajdziesz w Tabeli Opłat i Limitów.

§ 9.

ZMIANA FUNDUSZY

- Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zarachowanych na rachunku jednostek na jednostki innego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (transfer środków). Ubezpieczający, zmieniając fundusze dokonuje wyboru pomiędzy ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego wniosku o transfer środków.



Możesz **dowolnie zmieniać ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe**, aktywnie reagując na zmieniającą się sytuację rynkową.

- Transfer środków może dotyczyć części albo całości środków zgromadzonych na rachunku jednostek. Ubezpieczający, wnioskując o dokonanie transferu, zobowiązany jest:
 - wskazać ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, z którego środki mają być przeliczone (fundusz źródłowy)
 - dla wskazanego funduszu źródłowego, w celu określenia przez Towarzystwo wartości transferowanych środków, określić w złotych polskich lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem, kwotę podlegającą przeliczeniu oraz wskazać ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, na którego jednostki mają być przeliczone transferowane środki (fundusz docelowy).



Wnioskując o zmianę ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, **wskaz, z którego i do którego funduszu chcesz przenieść środki oraz w jakiej wysokości**.

- Transfer środków polega na wykonaniu następującej operacji:
 - odliczeniu z rachunku jednostek, jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, których łączna wartość stanowi kwotę podlegającą przeliczeniu, a następnie
 - zarachowaniu na rachunek jednostek, jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w liczbie odpowiedniej do wartości środków poddanych transferowi, o której mowa w ust. 2 pkt. 2).

4. Z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, transfer środków jest dokonywany w ciągu 7 (siedmiu) dni roboczych od rejestracji wniosku o dokonanie transferu środków.
5. Transfer środków jest dokonywany w ciągu 14 (czternastu) dni roboczych od rejestracji wniosku o dokonanie transferu środków w przypadku, gdy wskazany we wniosku fundusz źródłowy lub fundusz docelowy jest ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lokującym środki w jednostkach funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę poza terytorium Polski lub funduszu inwestycyjnego wycenianego z inną częstotliwością niż na każdy dzień pracy Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
6. Towarzystwo nie jest zobowiązane do dokonania transferu środków w przypadku, gdy ubezpieczający nie wykona zobowiązań określonych w ust. 2.

§ 10.

CZĘŚCIOWA WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Ubezpieczający może w każdym czasie zażądać częściowej wypłaty wartości rachunku. Kwota częściowej wypłaty wartości rachunku nie może być niższa niż określona przez Towarzystwo wartość minimalna, a częściowa wypłata będzie dokonana tylko w takim zakresie, w jakim nie doprowadzi to do spadku wartości rachunku poniżej określonej przez Towarzystwo wartości minimalnej.



W każdej chwili możesz wystąpić o **wypłatę części zgromadzonych środków**. Pamiętaj jednak, że na Twoim rachunku musi pozostać określona kwota – jej wysokość znajdziesz w Tabeli Opłat i Limitów. W tym samym dokumencie znajdziesz również minimalną wartość częściowej wypłaty.

2. Ubezpieczający, wnioskując o dokonanie wypłaty częściowej, zobowiązany jest:
 - 1) wskazać jeden lub więcej ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z których środki mają zostać wypłacone,
 - 2) określić w złotych polskich kwotę dla każdego ze wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z którego środki mają zostać wypłacone lub określić fundusz bądź fundusze, z których środki w całości podlegają wypłacie.

Jeżeli ubezpieczający nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku lub wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregośkolwiek z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie jest wystarczająca do dokonania wypłaty w sposób wskazany przez ubezpieczającego, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek, jednostek funduszy proporcjonalnie do udziału poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w wartości rachunku.



Wnioskując o wypłatę częściową, wskaż, z **którego funduszu chcesz wypłacić środki oraz w jakiej wysokości**.

3. Dokonując częściowej wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo odlicza z rachunku jednostek taką liczbę jednostek, których wartość jest równa żądanej kwocie.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, częściowa wypłata wartości rachunku jest dokonywana w ciągu 7 (siedmiu) dni roboczych od rejestracji wniosku o jej dokonanie.
5. Częściowa wypłata wartości rachunku jest dokonywana w ciągu 14 (czternastu) dni roboczych od rejestracji wniosku o jej dokonanie w przypadku, gdy wypłata dotyczy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego lokującego środki w jednostkach funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę poza terytorium Polski lub funduszu inwestycyjnego wycenianego z inną częstotliwością niż na każdy dzień pracy Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
6. Wypłata jest dokonywana przelewem na rachunek bankowy ubezpieczającego lub w inny sposób, uzgodniony z Towarzystwem.

§ 11.

KOLEJNOŚĆ REALIZACJI WNIOSKÓW

1. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo kilku wniosków, wnioski te będą realizowane według kolejności ich rejestracji w systemie informatycznym Towarzystwa oraz w zakresie, na jaki pozwoli wartość rachunku oraz stan rachunku jednostek poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, po uwzględnieniu realizacji wniosków zarejestrowanych uprzednio.
2. Każda kolejna operacja dotycząca jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wskazanego wielokrotnie będzie wykonana w zakresie, na jaki pozwoli stan rachunku jednostek tego funduszu, uwzględniający poprzednią operację.

§ 12. UPOSAŻENI



Uposażeni to wskazane przez Ciebie osoby – także niespokrewnione – którym **w razie Twojej śmierci wypłacimy świadczenie ubezpieczeniowe**. Pamiętaj, że w trakcie trwania umowy możesz zmienić uposażonych.

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego lub śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku jest wypłacane uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu albo suma ich udziałów nie jest równa 100% (sto procent), uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 13.

WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym powyżej, 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 wypłata bezsporną część świadczenia.



W razie Twojej śmierci, **świadczenie osobom uprawnionym wypłacimy w ciągu 30 dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym**, jeśli tylko będziemy w stanie – na podstawie dostarczonej dokumentacji – określić naszą odpowiedzialność i wysokość świadczenia. W przeciwnym razie wypłacimy bezsporną część kwoty, a pozostałe świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia wyjaśnienia wszystkich okoliczności wpływających na ustalenie naszej odpowiedzialności.

5. 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.

§ 14.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy.
2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 1, Towarzystwo wypłaca mu wartość rachunku.
3. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 7 ust. 11.

4. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 3, Towarzystwo wypłaca mu wartość rachunku po pomniejszeniu o opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent wartości rachunku, która nie może przewyższyć opłaty za wypłatę wartości wykupu. Kwotę, o której mowa powyżej, ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
5. Umorzenie jednostek oraz wypłata, o której mowa w ust. 2 i 4, następują w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 zdanie drugie. Z chwilą tej wypłaty wygasa ochrona ubezpieczeniowa. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 13 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 15. WARTOŚĆ WYKUPU



W każdej chwili w trakcie trwania umowy ubezpieczenia masz prawo ją wypowiedzieć i wypłacić zgromadzone na rachunku środki. Pamiętaj jednak, że może to być związane z opłatami, których wysokość znajdziesz w Tabeli Opłat i Limitów.

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem wypłaty wartości wykupu lub z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia następującego bezpośrednio po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
2. Z chwilą wypłaty wartości wykupu wygasa ochrona ubezpieczeniowa.
3. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca mu wartość wykupu. Wartość rachunku jednostek ustala się po zakończeniu realizacji otrzymanego wcześniej wniosku o częściową wypłatę wartości rachunku lub transfer środków lub dokonanie alokacji składki dodatkowej – jeśli zdarzenia te miały miejsce przed dniem wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego.
4. Z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, wypłata wartości wykupu jest dokonywana w ciągu 7 (siedmiu) dni roboczych od rejestracji wniosku o jej dokonanie.
5. Wypłata wartości wykupu jest dokonywana w ciągu 14 (czternastu) dni roboczych od rejestracji wniosku o jej dokonanie w przypadku, gdy wypłata ta dotyczy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego lokującego środki w jednostkach funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę poza terytorium Polski lub funduszu inwestycyjnego wycenianego z inną częstotliwością niż na każdy dzień pracy Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.
6. Wypłata jest dokonywana przelewem na rachunek bankowy ubezpieczającego lub w inny sposób, uzgodniony z Towarzystwem.
7. Począwszy od dnia rejestracji wniosku o wypowiedzenie umowy ubezpieczenia ubezpieczającemu nie przysługuje prawo wypłaty składki dodatkowej, zmiany funduszy oraz częściowej i całkowitej wypłaty środków z rachunku jednostek.
5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

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

§ 19. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający może przenieść prawa przysługujące mu z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa, przy czym udzielenie zgody może być uzależnione od poniesienia przez ubezpieczającego dodatkowej opłaty na pokrycie kosztów operacyjnych związanych z przeniesieniem.
2. Towarzystwo na wniosek ubezpieczającego informuje go o wymienionych w OWU wielkościach minimalnych obowiązkujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego i jego rejestracji.
3. Terminy odliczania i zarachowywania na rachunek jednostek oraz ustalania wartości jednostek podlegających odliczeniu lub zarachowaniu na rachunek jednostek, wycenianie jednostek oraz jakiegokolwiek płatności na podstawie umowy, określone w OWU oraz Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych przyjęte zostały przy założeniu, że Towarzystwo będzie mogło dokonać stosownej transakcji dotyczącej aktywów wchodzących w skład danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego lub ich wiarygodnego wycenienia, w terminie wskazanym w OWU. W przypadku braku możliwości wykonania czynności określonych w zdaniu poprzedzającym w terminie określonym w OWU lub Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, spowodowanym przyczynami niezależnymi od Towarzystwa, transakcje te lub wycenienie jednostki zostaną dokonane niezwłocznie po ustaniu tych przyczyn.
4. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia składane w formie pisemnej powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem

§ 17. REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.

podpisu przekazany uprzednio Towarzystwu. Jeżeli złożony podpis nie jest zgodny ze wzorem podpisu przekazany uprzednio Towarzystwu, wtedy Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody powstałe po stronie ubezpieczającego, uposażonego i uposażonego zastępczego oraz innych osób, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na oświadczenie lub powiadomienie ubezpieczającego.

5. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Uzyskane poza terytorium Polski dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
6. Wnioski, dyspozycje, powiadomienia i inne oświadczenia związane z wykonaniem umowy ubezpieczenia lub jej rozwiązaniem mogą być składane przy użyciu platformy internetowej Towarzystwa lub w inny uzgodniony z Towarzystwem sposób, pod warunkiem zawarcia z Towarzystwem odrębnej umowy regulującej szczegółowo zakres i warunki składania oświadczeń w takiej formie.
7. Ubezpieczający jest obowiązany przekazać niezwłocznie Towarzystwu informacje o każdorazowej zmianie adresu lub nr dowodu osobistego.



Pamiętaj, aby niezwłocznie poinformować nas o każdej zmianie Twoich danych – adresu, numeru dowodu osobistego czy numeru rachunku bankowego.

8. Z zastrzeżeniem ust. 9, rachunkiem bankowym, na który dokonywane mają być wypłaty na rzecz ubezpieczającego, jest rachunek:
 - 1) z którego zapłacona została składka jednorazowa – w przypadku umów zawieranych drogą elektroniczną
 - 2) wskazany przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku umów zawieranych na podstawie wniosków pisemnych, przy czym wskazany rachunek musi być prowadzony przez bank krajowy lub oddział banku zagranicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe.

9. Ubezpieczający jest również obowiązany poinformować Towarzystwo o każdorazowej zmianie rachunku bankowego oraz podać numer nowego rachunku bankowego, na który dokonywane mają być wypłaty na jego rzecz. Ubezpieczający może dokonać zmiany rachunku bankowego wyłącznie osobiście w placówce Towarzystwa albo składając oświadczenie na piśmie z podpisem poświadczonym przez agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa lub notarialnie. Nowy rachunek bankowy, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, musi być prowadzony przez bank krajowy lub oddział banku zagranicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe. Zmiana rachunku na inny niż ten, o którym mowa w zdaniu poprzednim, wymaga zgody Towarzystwa.
10. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatnim znanym Towarzystwu adresem ubezpieczającego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
11. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
12. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 20. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część są:

- 1) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego,
- 2) Tabela Opłat i Limitów,
- 3) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego Multibonus

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 (str. 2) § 3 ust. 1 i 3 (str. 2) § 10 ust. 1 (str. 5) § 14 ust. 1-4 (str. 5) § 15 ust. 3 (str. 6)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 6-7 (str. 2)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 6-7 (str. 2)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 6 ust. 1-2 (str. 3)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	§ 8 (str. 4) § 14 ust. 4 (str. 6)
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 15 ust. 3 (str. 6)



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Domaniewska 44, 02-672 Warszawa
infolinia: 801 888 444, tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl