

Indywidualne Konto Emerytalne specjalnie dla Ciebie

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się w umowach ubezpieczenia „Indywidualnego Konta Emerytalnego specjalnie dla Ciebie”, zwanych dalej umowami ubezpieczenia, zawieranych przez TU Allianz Życie Polska S.A.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umów dodatkowych są w mocy tylko wówczas, gdy umowy te zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyk dodatkowych, są określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia dotyczących poszczególnych umów dodatkowych, które zostały dołączone do polisy i stanowią jej integralną część.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Towarzystwo – TU Allianz Życie Polska S.A.

Dyrekcja Generalna Towarzystwa – podstawowa jednostka organizacyjna Towarzystwa powołana do inicjowania, organizowania i nadzorowania realizacji zadań Towarzystwa. Adresem Dyrekcji Generalnej jest adres siedziby Towarzystwa wskazany w polisie.

Ustawa – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontach emerytalnych.

Ubezpieczający – osoba fizyczna mająca nieograniczony obowiązek podatkowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która zawarła umowę ubezpieczenia na swoją rzecz i jest zobowiązana do opłacania składek. Jest nim oszczędzający, który gromadzi środki na IKE.

Ubezpieczony – osoba fizyczna, której życie lub życie i zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia. Może nim być tylko Ubezpieczający.

Uposażony – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez oszczędzającego w umowie o prowadzenie IKE, która otrzyma środki w razie jego śmierci.

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej wskazana przez oszczędzającego w umowie o prowadzenie IKE, która otrzyma środki w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Uposażony nie żyje albo nie istnieje zgodnie z przepisami organizacyjnymi dotyczącymi danego podmiotu.

Małoletni – osoba fizyczna, która ukończyła lat 16 i nie ukończyła lat 18. Małoletni uzyskuje pełnoletność przez zawarcie małżeństwa i nie traci jej w razie unieważnienia małżeństwa.

Fundusz (ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy) – wydzielona rachunkowo część aktywów Towarzystwa, tworzona ze składek opłacanych w ramach zawartych umów ubezpieczenia.

Konto swobodnego dostępu (KSD) – wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, na który wpływa 10% wartości każdej wpłaconej przez Ubezpieczającego składki regularnej i składki doraźnej. Na konto swobodnego dostępu trafiają również nadwyżki składek wpłacanych przez Ubezpieczającego po przekroczeniu limitu wpłat na IKE.

IKE – wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, na który wpływa 90% wartości każdej wpłaconej przez Ubezpieczającego składki regularnej i składki doraźnej, nie więcej jednak niż do wysokości limitu określonego w ustawie.

Jednostki uczestnictwa – części o równej wartości, na które jest podzielony fundusz.

Cena jednostki uczestnictwa – wartość jednostki uczestnictwa, według której Towarzystwo przelicza wpłacane składki na jednostki uczestnictwa oraz środki do wypłaty, wypłaty transferowej lub zwrotu.

Rachunek jednostek – rachunek Ubezpieczającego, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa na zasadach określonych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Wartość wykupu – kwota wypłacana przez Towarzystwo Ubezpieczającemu z konta swobodnego dostępu w sytuacjach i na zasadach przewidzianych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Potwierdzenie zawarcia umowy – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy o prowadzenie IKE.

Polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający szczegółowo warunki, na jakich została ona zawarta.

Zaakceptowanie ryzyka – podjęcie przez Towarzystwo decyzji o warunkach, na jakich przyjmie ono odpowiedzialność z tytułu umowy ubezpieczenia i umów dodatkowych, dokonane na podstawie złożonego wniosku o ubezpieczenie wraz z innymi wymaganymi dokumentami.

Dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej – dzień wskazany w polisie.

Suma ubezpieczenia – określona w polisie minimalna kwota gwarantowana przez Towarzystwo na wypadek śmierci Ubezpieczonego. Suma ubezpieczenia ustalana jest na cały okres trwania umowy ubezpieczenia i wynosi 100 zł.

Suma na ryzyku – różnica pomiędzy nominalną sumą wpłaconych składek regularnych i doraźnych, pomniejszona o sumę dokonanych częściowych wykupów, a wartością jednostek uczestnictwa na rachunkach jednostek we wszystkich funduszach, nie mniejsza niż zero.

Składka regularna – składka z tytułu umowy ubezpieczenia, której wysokość i termin wymagalności zostały określone w polisie.

Składka doraźna – wpłata nie związana ze składką regularną, uiszczana przez Ubezpieczającego po wystawieniu polisy, w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia.

Umowa ubezpieczenia – umowa zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

Umowa IKE – pisemna umowa o prowadzenie IKE zawierana pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym.

Umowy dodatkowe – umowy ubezpieczenia uzupełniające umowę ubezpieczenia i stanowiące jej integralną część, które powodują rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o ryzyka dodatkowe w nich wyszczególnione.

Oplata polisowa – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, potrącana z konta swobodnego dostępu po dokonaniu każdej wpłaty składki regularnej lub składki doraźnej.

Oplata administracyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, uiszczana przez Ubezpieczającego w razie jego odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

Oplata manipulacyjna – opłata w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, potrącana z IKE w razie wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dokonanego w ciągu 12 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy o prowadzenie IKE.

Oplata za ochronę ubezpieczeniową – opłata za bieżącą ochronę ubezpieczeniową, potrącana miesięcznie z konta swobodnego dostępu.

Wypłata – wypłata środków zgromadzonych na IKE dokonywana na rzecz:

- a) Ubezpieczonego, po spełnieniu warunków określonych w art. 34 ust. 1 pkt 1 ustawy, albo
- b) Uposażonych, w razie śmierci Ubezpieczonego.

Wypłata transferowa – przeniesienie środków zgromadzonych przez Ubezpieczającego na IKE do innej instytucji finansowej lub przeniesienie środków zgromadzonych na IKE z IKE zmarłego Ubezpieczonego na IKE Uposażonego lub do programu emerytalnego, do którego Uposażony przystąpił, lub jednoczesne odkupienie jednostek uczestnictwa w jednym funduszu inwestycyjnym i nabycie jednostek uczestnictwa w innym funduszu inwestycyjnym zarządzanym przez to samo towarzystwo funduszy inwestycyjnych za środki pieniężne uzyskane z odkupienia jednostek uczestnictwa (konwersja), pod warunkiem że jednostki odkupywane, jak i nabywane są rejestrowane na IKE Ubezpieczającego, lub przeniesienie środków zgromadzonych przez Ubezpieczającego na IKE do programu emerytalnego, do którego przystąpił Ubezpieczający, lub przeniesienie środków z programu emerytalnego na IKE, w sytuacjach określonych w ustawie o pracowniczych programach emerytalnych.

Zwrot – wycofanie środków zgromadzonych na IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty bądź wypłaty transferowej.

Rocznica polisy – każda rocznica daty określonej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rok polisowy – okres ubezpieczenia między kolejnymi rocznicami polisy.

Rok kalendarzowy – okres rozpoczynający się 1 stycznia i kończący się 31 grudnia.

Akt przemocy – skierowanie czynności fizycznej bezpośrednio przeciwko osobie, co zniewala ją do poddania się woli używającego przemocy i określonego zachowania się, przez co swoboda woli tej osoby – w zakresie posiadania rzeczy czy władania nią lub korzystania z niej – zostaje ograniczona.

§ 3 Przedmiot i zakres ubezpieczenia

1.
Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.

- 2.
- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia polega na wypłacie Uposażonemu świadczenia w wysokości określonej stosownie do postanowień ogólnych warunków ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt. 2.
 - 2) Zakres ubezpieczenia określony w pkt. 1 nie obejmuje śmierci Ubezpieczonego będącej wynikiem:
 - a) samobójstwa albo samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę Ubezpieczonego, dokonanego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - b) działań wojennych, stanu wojennego;
 - c) czynnego i niezgodnego z prawem udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, rozruchach i zamieszkach.
- W powyższych sytuacjach zostanie wypłacona wartość wykupu.

3.
Zakres odpowiedzialności Towarzystwa może zostać rozszerzony o wypłatę świadczeń z tytułu umów dodatkowych wówczas, gdy umowy dodatkowe zostały dołączone do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie. Zakres odpowiedzialności z tytułu każdej z umów dodatkowych jest określony w warunkach ubezpieczenia dotyczących umowy dodatkowej dołączonej do umowy ubezpieczenia.

§ 4 Zawarcie umowy ubezpieczenia

1.
Umowa jest zawierana na czas nieokreślony.

2.
Umowa ubezpieczenia może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ma ukończone 16 lat, z zachowaniem postanowień ust. 3.

3.
Małoletni ma prawo do dokonywania wpłat na IKE, a tym samym do zawarcia umowy ubezpieczenia, tylko w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę.

4.
Umowa ubezpieczenia jest zawierana wyłącznie z umową IKE na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego, czyli kompletnego i poprawnie wypełnionego formularza przygotowanego w tym celu przez Towarzystwo.

5.
Umowa ubezpieczenia wraz z umową IKE jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 7.

6.
Po przyjęciu oświadczenia Ubezpieczającego Towarzystwo wystawia potwierdzenie zawarcia umowy.

7.
Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, nie wcześniej jednak niż w dniu wpłynięcia pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia na konto Towarzystwa. W razie dokonywania wypłaty transferowej z innej instytucji finansowej do Towarzystwa umowa IKE jest zawarta z dniem podpisania przez Ubezpieczającego oraz przedstawiciela Towarzystwa kompletnego, poprawnie wypełnionego wniosku.

8.
Jeżeli polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego w porównaniu ze złożonym przez niego wnioskiem o ubezpieczenie lub ogólnymi warunkami ubezpieczenia, Towarzystwo jest zobowiązane zwrócić na piśmie uwagę Ubezpieczającemu na ten fakt najpóźniej przy doręczeniu polisy. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 7 dni od dnia doręczenia polisy wystawionej na zmienionych warunkach nie zgłosi sprzeciwu – uważa się, że umowa doszła do skutku zgodnie z treścią polisy.

9.
Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.

10.
Z dniem, o którym mowa w ust. 9, wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

11.
Umowa ubezpieczenia nie dochodzi do skutku, jeżeli pierwsza składka została wpłacona po śmierci Ubezpieczonego.

§ 5 Składki

1. Składka jest opłacana regularnie.
- 2) Kwota składki oraz częstotliwość jej opłacania są określone w polisie.
- 3) Składka regularna jest płatna z góry, z częstotliwością określoną przy zawarciu umowy ubezpieczenia. W zależności od wyboru Ubezpieczającego, termin wymagalności składki może przypadać co roku, co pół roku, co kwartał lub co miesiąc od daty wskazanej w polisie jako dzień rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
- 4) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przyjmowania od Ubezpieczającego składek miesięcznych tylko wtedy, gdy są one opłacane w formie polecenia zapłaty lub stałego zlecenia ich płatności, realizowanego przez bank obsługujący rachunek oszczędnościowy Ubezpieczającego.
- 5) Ubezpieczający w celu nabycia jednostek uczestnictwa może po wystawieniu polisy, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, dokonywać wpłat składek doraźnych w dowolnej wysokości, nie niższej jednak od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki doraźnej ustalonej przez Towarzystwo.
- 6) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej składki doraźnej.
- 7) Ubezpieczający ma prawo zmienić wysokość składki regularnej za zgodą Towarzystwa, składając wniosek o zmianę co najmniej na 30 dni przed dniem, od którego zmiana ma obowiązywać.

Zaproponowana przez Ubezpieczającego nowa wysokość składki nie może być niższa od obowiązującej w danym momencie minimalnej składki regularnej ustalonej przez Towarzystwo.

2.
 - 1) Ubezpieczającemu, począwszy od terminu wymagalności drugiej należnej składki regularnej, przysługuje prawo 30-dniowej prolongaty terminu płatności składki, licząc od dnia jej wymagalności. W okresie prolongaty Ubezpieczonemu przysługuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej.
 - 2) Jeżeli w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający nie opłaci składki regularnej w okresie prolongaty, a na koncie swobodnego dostępu nie ma określonej przez Towarzystwo ilości środków wystarczającej do przekształcenia w ubezpieczenie bezskładkowe, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z końcem okresu prolongaty, a wszelkie roszczenia Ubezpieczającego i Uposażonego, względem Towarzystwa z jej tytułu wygasają, bez konieczności uprzedniego powiadomienia o tym Ubezpieczającego.
 - 3) Po upływie pierwszego roku trwania umowy ubezpieczenia, jeżeli w okresie prolongaty nie wpłynie składka i nie zostanie złożony wniosek o wykup, ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki.
 - 4) W ramach ubezpieczenia bezskładkowego:
 - a) Ubezpieczający jest zwolniony z obowiązku opłacania składek regularnych;
 - b) Towarzystwo pobiera opłaty określone w § 7 ust. 4;
 - c) świadczenie zostaje określone zgodnie z § 11 ust. 2 pkt 2, niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
 - d) umowy dodatkowe zostają rozwiązane z dniem wymagalności pierwszej nie opłaconej składki;
 - e) Ubezpieczający ma prawo dokonywać wpłat składek doraźnych;
 - f) Ubezpieczający ma prawo do wykupu.
 - 5) Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ostateczne.

3.
Obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych spoczywa na Ubezpieczającym. Towarzystwo nie ma obowiązku wysyłania Ubezpieczającemu wezwań do ich opłacania. Wysłanie takich wezwań nie oznacza, że Towarzystwo przyjęło na siebie ten obowiązek.

§ 6 Konta

1.
W dniu wystawienia potwierdzenia zawarcia umowy Towarzystwo otworzy Ubezpieczającemu konto swobodnego dostępu i IKE.

2.
 - 1) Każda wpłacona przez Ubezpieczającego składka regularna i składka doraźna lokowana jest na kontach zgodnie z zastrzeżeniem pkt. 2.
 - 2) 10% składki trafia na konto swobodnego dostępu, zaś 90% składki trafia na IKE.

3.
Zasada określona w ust. 2 pkt 2, nie ma zastosowania w wypadku środków będących przedmiotem wypłaty transferowej.

4.

- 1) Na koniec każdego roku polisowego Towarzystwo przenosi część środków zgromadzonych na koncie swobodnego dostępu na IKE, tak aby na koncie swobodnego dostępu pozostała minimalna jego wartość oraz dodatkowo, stan IKE nie przekraczał dopuszczalnego ustawą limitu.
- 2) Ubezpieczający upoważnia Towarzystwo do zasilania IKE kwotami wynikającymi z pkt. 1.

§ 7

Fundusze i rachunek jednostek

1.

- 1) Fundusze są tworzone na zasadach określonych w przepisach prawa i ogólnych warunkach ubezpieczenia.
- 2) Ubezpieczający ma prawo w ramach jednej umowy ubezpieczenia wskazać więcej niż jeden spośród funduszy różniących się między sobą strategią inwestycyjną oraz ryzykiem inwestycyjnym, w który będą inwestowane składki wpłacane przez Ubezpieczającego.
- 3) Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach uczestnictwa.
- 4) W ramach każdego funduszu Towarzystwo na podstawie umowy ubezpieczenia prowadzi rachunek jednostek, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
- 5) Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych stanowi załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

- 1) Wartość rynkowa lokat związanych z każdym funduszem jest ustalana przede wszystkim zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
- 2) Wartość aktywów każdego funduszu oraz ceny jednostek uczestnictwa są ustalane na podstawie wartości rynkowej wszystkich lokat związanych z danym funduszem według ich stanu w dniu wyceny.
- 3) Cenę jednostki uczestnictwa ustala się według zasad ustalonych przez Towarzystwo, nie rzadziej jednak niż raz na tydzień.

3.

- 1) Składki wpłacane na podstawie umowy ubezpieczenia są przeznaczane na nabywanie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych poniżej.
- 2) Towarzystwo przeznacza na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę składki wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 3) Składki regularne oraz składki doraźne są lokowane w różnych funduszach na obydwa kontach prowadzonych przy polisie zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100. W razie braku wskazania funduszy, w których mają być lokowane składki lub gdy suma procentowych wskazań nie jest równa 100, Towarzystwo lokuje składki według własnego uznania. Wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku podział procentowy pomiędzy funduszami dotyczy zarówno konta swobodnego dostępu, jak również IKE.
- 4) Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia może zmienić podział procentowy dotyczący lokowania każdej następnej składki regularnej inwestowanej w poszczególne fundusze, jak również na zasadach określonych przez Towarzystwo może przenosić środki pomiędzy funduszami, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio. Wskazanie Ubezpieczającego odnośnie zmiany podziału procentowego oraz przenoszenia środków pomiędzy

funduszami jest zawsze jednakowe dla obydwu kont. W obu sytuacjach pierwsza taka operacja zmiany w danym roku polisowym jest wolna od opłaty. Za każdą następną zmianę pobierana jest opłata z konta swobodnego dostępu wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia. Jeżeli na koncie swobodnego dostępu brak środków na pokrycie powyższej opłaty, Towarzystwo może nie wyrazić zgody na dokonanie zmiany.

- 5) Zmiany wymienione w pkt. 4 obowiązują po rejestracji przez Towarzystwo odpowiedniego wniosku. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu wniosku do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 6) Jednostki podlegają umorzeniu i nabyciu według cen jednostek obowiązujących w dniu, w którym Towarzystwo dokonało rejestracji operacji przeniesienia środków w systemie obsługi polis Towarzystwa.
- 7) Składki doraźne są lokowane w różnych funduszach zgodnie z podziałem procentowym obowiązującym dla składki regularnej, jeśli Ubezpieczający nie złoży wniosku określającego inny sposób podziału składki doraźnej, przy czym postanowienia pkt. 3 stosuje się odpowiednio.
- 8) Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny jednostki, obowiązującej w dniu, w którym Towarzystwo dokonało wpisu liczby jednostek nabytych za wpłaconą składkę na rachunek jednostek. Towarzystwo dokonuje wpisu jednostek uczestnictwa na właściwy rachunek jednostek nie później niż 5. dnia od daty wpłynięcia składki na konto Towarzystwa, pod warunkiem wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż w dniu jej wymagalności, a w wypadku składek doraźnych również pod warunkiem wpłynięcia wniosku, o którym mowa w pkt. 7.

4.

- 1) Pierwszego dnia każdego miesiąca polisowego Towarzystwo pobiera należne opłaty z konta swobodnego dostępu poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa, według następującego schematu:
 - a) Towarzystwo oblicza wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową, wynikającą z zawarcia umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowych;
 - b) część opłat, o których mowa w pkt. 1 lit. a), obciążająca rachunek jednostek w danym funduszu jest ustalana proporcjonalnie do wartości zgromadzonych środków na tym rachunku. Wartość zgromadzonych środków ustala się według ceny jednostki uczestnictwa w danym dniu;
 - c) z każdego rachunku jednostek pobiera się liczbę jednostek odpowiadającą części opłat, o których mowa w pkt. 1 lit. b), według ceny jednostki w danym dniu.
- 2) Opłatę za ochronę ubezpieczeniową oblicza się biorąc pod uwagę sumę na ryzyku oraz prawdopodobieństwo śmierci Ubezpieczonego, z uwzględnieniem płci i wieku wynikające z tablic trwania życia w roku 1995 i 1996 ogłoszonych przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego.
- 3) W dniu, w którym za wpłaconą składkę regularną lub doraźną nabyte zostaną jednostki uczestnictwa, Towarzystwo pobiera z konta swobodnego dostępu należną opłatę polisową w wysokości wskazanej w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, poprzez umorzenie części jednostek uczestnictwa.
- 4) W każdym dniu wyceny jednostek uczestnictwa wartość aktywów każdego z funduszy jest pomniejszana o kwotę odpowiadającą wysokości kosztów zarządzania funduszem.
- 5) Koszt zarządzania funduszem wskazano w regulaminie funduszy kapitałowych, który stanowi załącznik do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 8

Wykup konta swobodnego dostępu

1.

- 1) W czasie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do wykupu lub do częściowego wykupu konta swobodnego dostępu.
- 2) Wykup lub częściowy wykup konta swobodnego dostępu może zostać dokonany na pisemny wniosek Ubezpieczającego i polega na wypłacie przez Towarzystwo odpowiednio wartości wykupu lub części wartości jednostek zewidencjonowanych na rachunkach jednostek konta swobodnego dostępu. Wykup konta swobodnego dostępu jest możliwy tylko wówczas, gdy z IKE została dokonana wypłata, wypłata transferowa lub zwrot.
- 3) Wartość wykupu odpowiada wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunkach jednostek konta swobodnego dostępu, pomniejszonej o koszt wykupu.
- 4) Wartość jednostek, o których mowa w pkt. 2 i 3, ustala się według cen jednostek obowiązujących w dniu zarejestrowania wniosku o wykup lub częściowy wykup w systemie obsługi polis Towarzystwa. Rejestracja następuje niezwłocznie po wpłynięciu wniosku o wykup lub częściowy wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 5) Kwota należna z tytułu wykupu oraz częściowego wykupu konta swobodnego dostępu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie jednorazowej wypłaty.

2.

- 1) Podstawą, od której Towarzystwo oblicza koszt wykupu konta swobodnego dostępu, jest wartość rachunków jednostek, o których mowa w ust. 1 pkt 3, powiększona o sumę dokonanych częściowych wykupów konta swobodnego dostępu i pomniejszona o część sumy wpłaconych składek doraźnych przeznaczoną na nabywanie jednostek ewidencjonowanych na koncie swobodnego dostępu.
- 2) Koszt wykupu dla danego roku polisowego wynosi:

W roku polisowym:	Koszt wykupu konta swobodnego dostępu
1	100% podstawy
2	100% podstawy
3	300 zł
4	200 zł
5	100 zł
Od 6. roku	50 zł

- 3) Wykup jest realizowany z uwzględnieniem roku polisowego ustalanego na podstawie wcześniejszej z dat:
 - a) daty wpłynięcia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa wniosku o wykup,
 - b) daty wymagalności pierwszej nie opłaconej składki, z wyłączeniem polisy przekształconej w ubezpieczenie bezskładkowe.

3.

- 1) Ubezpieczający ma prawo dokonać częściowego wykupu konta swobodnego dostępu nie wcześniej niż w dniu, w którym wartość środków zgromadzonych na koncie swobodnego dostępu przekroczyła koszt wykupu określony w ust. 2 pkt 2.
- 2) Niezależnie od innych postanowień, kwota częściowego wykupu konta swobodnego dostępu nie może być niższa niż 1000 zł oraz nie może przekroczyć wartości wykupu.

- 3) W razie dokonania częściowego wykupu konta swobodnego dostępu liczba jednostek uczestnictwa odpowiadających swoją wartością kwocie części wartości wykupu jest odejmowana z rachunku jednostek funduszu, którego dotyczył wniosek o częściowy wykup.
- 4) Jeżeli we wniosku o częściowy wykup brak wskazania funduszy, z których mają być wycofane środki, Towarzystwo dokona wycofania proporcjonalnie do wartości środków w poszczególnych funduszach. Jeżeli wymienione wskazanie jest niemożliwe do realizacji, Towarzystwo dokona wycofania środków z funduszy w maksymalnej możliwej do zrealizowania wysokości, według własnego uznania.
- 5) Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej kwoty częściowego wykupu.
- 6) Dokumentami niezbędnymi do wypłaty przez Towarzystwo wartości wykupu lub części wartości wykupu są:
 - a) oryginał polisy wraz z załącznikami – w razie wypłaty wartości wykupu;
 - b) kopia dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego, potwierdzona przez przedstawiciela Towarzystwa lub notariusza za zgodność z oryginałem;
 - c) inne niezbędne do rzetelnego rozpatrzenia wniosku o wykup dokumenty wskazane przez Towarzystwo.
- 7) Towarzystwo wypłaci wartość wykupu w terminie 14 dni od dnia wpłynięcia wniosku o wykup oraz kompletu dokumentów do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

§ 9

Wypłata, wypłata transferowa i zwrot środków zgromadzonych na IKE na wniosek Ubezpieczającego

1.

- 1) Wypłata środków zgromadzonych na IKE następuje na wniosek Ubezpieczającego po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 lat przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
- 2) Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o dokonanie wypłaty.
- 3) Jeżeli fundusz inwestycyjny zawiesił odkupywanie jednostek uczestnictwa, wypłata następuje w terminie 14 dni od dnia wznowienia odkupywania jednostek uczestnictwa.
- 4) Ubezpieczający, który dokonał wypłaty, nie może ponownie założyć IKE.

2.

- 1) Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie dyspozycji Ubezpieczającego po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
- 2) W razie wypłaty transferowej z IKE do programu emerytalnego wypłata transferowa dokonywana jest na rachunek programu emerytalnego.
- 3) Z zastrzeżeniem sytuacji wskazanych w ustawie, Towarzystwo dokonuje wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji wypłaty transferowej – pod warunkiem że nie zachodzą przesłanki do zawieszenia odkupywania jednostek

uczestnictwa określonych w przepisach dotyczących funduszy inwestycyjnych.

- 4) Z chwilą przekazania środków umowa o prowadzenie IKE zawarta z instytucją finansową dokonującą wypłaty transferowej ulega rozwiązaniu.

3.

Przedmiotem wypłaty i wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.

4.

- 1) Zwrot środków zgromadzonych na IKE następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
- 2) Na równi ze zwrotem, w tym także do celów podatkowych, traktuje się pozostawienie środków zgromadzonych na IKE na rachunku Ubezpieczającego, jeżeli umowa o prowadzenie IKE wygasła, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
- 3) Jeżeli na IKE została przyjęta wypłata transferowa z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez Ubezpieczającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.

5.

- 1) Przedmiotem zwrotu może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.
- 2) Zwrot środków zgromadzonych na IKE powinien nastąpić przed upływem terminu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

6.

Wypłata, wypłata transferowa oraz zwrot środków zgromadzonych na IKE jest dokonywana w formie pieniężnej, z wyjątkiem sytuacji wskazanych w art. 38 ust. 2 ustawy.

§ 10

Wypłata i wypłata transferowa na wniosek Uposażonego i innych uprawnionych

1.

Wypłata środków zgromadzonych na IKE następuje na wniosek Uposażonego lub osoby wskazanej w § 11 ust. 4 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2.

Towarzystwo dokonuje wypłaty w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia złożenia przez osobę wskazaną w ust. 1 wniosku o dokonanie wypłaty oraz przedłożenia:

- a) aktu zgonu Ubezpieczonego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej albo
- b) prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez Ubezpieczonego bądź prawomocnego postanowienia sądu o działu spadku oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców – chyba że osoby uprawnione zażądają wypłaty w terminie późniejszym.

3.

Wypłata transferowa jest dokonywana z IKE zmarłego Ubezpieczonego na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego uprawniony przystąpił.

4.

Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie dyspozycji osoby uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu instytucji dokonującej wypłaty transferowej odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.

5.

Towarzystwo dokonuje wypłaty transferowej w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia przedstawienia przez osoby uprawnione dokumentów wymienionych w ust. 2 oraz złożenia dyspozycji wypłaty transferowej – pod warunkiem, że nie zachodzą przesłanki do zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa określonych w przepisach dotyczących funduszy inwestycyjnych.

6.

Każda z osób uprawnionych do środków zgromadzonych na IKE zmarłego Ubezpieczonego może dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiła, wyłącznie całości przysługujących jej środków.

7.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszym paragrafie stosuje się odpowiednio postanowienia § 9 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 11

Wypłata świadczeń

1.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego Uposażony lub inne osoby do tego uprawnione są zobowiązane do bezzwłocznego pisemnego powiadomienia Towarzystwa o tym zdarzeniu.
- 2) Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się datę wpłynięcia pisemnego zawiadomienia o powyższym zdarzeniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 3) Podstawą do uznania za kompletne zawiadomienia o śmierci Ubezpieczonego jest dołączenie odpisu lub kopii aktu zgonu Ubezpieczonego, potwierdzonej za zgodność z oryginałem przez wskazanego pracownika Towarzystwa lub notariusza.
- 4) Po otrzymaniu pisemnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo w terminie 7 dni, pisemnie lub drogą elektroniczną, informuje o tym osoby uprawnione do otrzymania świadczenia, oraz wskazuje dokumenty niezbędne do rozpatrzenia roszczenia.
- 5) Na podstawie przesłanej dokumentacji Towarzystwo przeprowadzi postępowanie dotyczące ustalenia:
 - a) potwierdzenia zaistnienia zdarzenia,
 - b) zasadności zgłoszonych roszczeń,
 - c) wysokości świadczenia,
 - d) osoby lub osób uprawnionych do otrzymania świadczenia,
 - e) sposobu przekazania świadczenia.

2.

- 1) W razie śmierci Ubezpieczonego zaistniałej w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
 - a) wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy na obydwu kontach w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych po cenie jednostki z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa,
 - b) nominalnej sumy wpłaconych składek regularnych

- i doraźnych, pomniejszonej o sumę dokonywanych częściowych wykupów konta swobodnego dostępu,
- c) sumy ubezpieczenia w wysokości określonej w § 2.
- 2) Jeżeli umowa ubezpieczenia została przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe, w razie śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości większej z poniższych kwot:
- a) wartości jednostek uczestnictwa zewidencjonowanych na rachunku jednostek wszystkich Funduszy na obydwu kontach w dniu śmierci Ubezpieczonego, liczonych po cenie jednostki z dnia zarejestrowania zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, w systemie obsługi polis Towarzystwa,
- b) sumy ubezpieczenia w wysokości określonej w § 2.
- 3) Rejestracja, o której mowa w pkt. 1 i pkt. 2 lit. a), następuje niezwłocznie po wpłynięciu kompletnego zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

- 1) Towarzystwo wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni, licząc od daty wpłynięcia kompletnych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 2) Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaca w terminie 14 dni od daty zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
- 3) Jeżeli uprawniony do otrzymania świadczenia doręczy Towarzystwu dyspozycję przekazania należnej mu części świadczenia na jego IKE, wówczas Towarzystwo przekaże odpowiednią część IKE Ubezpieczającego w terminie 14 dni od dnia doręczenia kompletnych dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 4) Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:
- a) oryginału polisy wraz z załącznikami,
- b) odpisu aktu zgonu,
- c) zaświadczenia stwierdzającego przyczynę zgonu i zajście zdarzenia,
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania świadczenia,
- e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo, a w szczególności dokumentacji medycznej w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia roszczenia.
- 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 oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona ma prawo dochodzić swoich roszczeń na drodze sądowej.
- 6) W razie odmowy wypłaty świadczenia z konta swobodnego dostępu Towarzystwo wypłaci wartość wykupu według ceny jednostki z dnia zarejestrowania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w systemie obsługi polis Towarzystwa.

4.

- 1) Uposażony nabywa prawo do otrzymania świadczenia z chwilą śmierci Ubezpieczonego.
- 2) W razie śmierci Uposażonego przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, prawo do wypłaty części świadczenia przypadającej zmarłemu Uposażonemu przejmują pozostali Uposażeni, z zachowaniem wzajemnych proporcji wynikających z zapisu w polisie.
- 3) W razie śmierci wszystkich Uposażonych przed zajściem zdarzenia, o którym mowa w pkt. 1, ich prawa do otrzymania świadczenia przejmują Uposażeni Zastępczy, z zachowaniem zasady określonej w pkt. 2.
- 4) Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego lub w chwili śmierci Ubezpieczonego brak Uposażonych i Uposażonych Zastępczych lub też utracili oni prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
- a) współmałżonkowi,
- b) w równych częściach dzieciom Ubezpieczonego, jeżeli brak współmałżonka;
- c) w równych częściach rodzicom Ubezpieczonego, jeśli brak dzieci i współmałżonka;
- d) w równych częściach rodzeństwu Ubezpieczonego, jeśli brak rodziców, dzieci i współmałżonka;
- e) innymi spadkobiercom Ubezpieczonego, jeżeli brak osób wymienionych powyżej.

5.

- 1) Ubezpieczony może wskazać Uposażonego jako osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek jego śmierci zarówno przy zawarciu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- 2) Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w pkt. 1.
- 3) Towarzystwo jest związane dokonaną zmianą, począwszy od dnia wpłynięcia oświadczenia o zmianie Uposażonego do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.
- 4) Jeżeli suma procentowego udziału Uposażonych w świadczeniu nie jest równa 100, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie świadczenia na wypadek śmierci są wyznaczone z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych w polisie.
- 5) Uposażony, który umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, traci prawo do świadczenia.

§ 12 Ograniczenia odpowiedzialności

1.

Ubezpieczony ma obowiązek podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które był zapytywany we wniosku o ubezpieczenie lub w innych pismach poprzedzających wystawienie polisy.

2.

W razie niezastosowania się do powyższego obowiązku, a w szczególności gdy zatajone okoliczności mają wpływ na zwiększenie ryzyka zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo będzie wolne od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Po upływie 3 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie może podnieść zarzutu o zatajeniu istotnych okoliczności i uwolnić się od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 13

Rozwiązanie umowy

1.

Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia, poczynając od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do 30. dnia (włącznie) od daty wystawienia polisy.

2.

W razie skorzystania z powyższego prawa Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę pomniejszoną o kwoty częściowych wykupów konta swobodnego dostępu, jeśli zostały dokonane, oraz o opłatę administracyjną, jeżeli nie zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe objęte odpowiedzialnością Towarzystwa.

Za datę odstąpienia od umowy ubezpieczenia przyjmuje się dzień wpłynięcia pisemnego oświadczenia o odstąpieniu do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa.

3.

- 1) Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie.
- 2) Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wnioskiem o wykup konta swobodnego dostępu oraz wypłatę środków zgromadzonych na IKE. Jeżeli Ubezpieczający nie spełnia wymogów dotyczących wypłaty oraz nie złożył wniosku o wypłatę transferową, Towarzystwo dokonuje zwrotu środków zgromadzonych na IKE, potrącając podatek od zysków kapitałowych oraz opłatę manipulacyjną wskazaną w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- 3) Dokonanie wypłaty transferowej jest traktowane jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.

4.

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się:

- a) z dniem śmierci Ubezpieczonego;
- b) z dniem doręczenia wypowiedzenia umowy lub wniosku o wykup do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa;
- c) z dniem dokonania wypłaty transferowej.

§ 14

Zmiany w umowie ubezpieczenia

1.

Wszelkie zmiany w umowie oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem lub rozwiązaniem wymagają formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

2.

Zmiana częstotliwości opłacania składek może zostać przeprowadzona w każdą rocznicę polisy, przy uwzględnieniu aktualnie obowiązujących składek minimalnych dla wybranej częstotliwości ich opłacania.

3.

Ubezpieczający jest zobowiązany powiadamiać Towarzystwo o zmianach danych osobowych zawartych w polisie, w tym adresu zamieszkania, w terminie 14 dni od dnia zajścia tych zmian. W razie niedopełnienia obowiązku określonego powyżej wszelkie oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa wysłane pod ostatnio znany mu adres uważa się za wysłane prawidłowo.

4.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do obciążenia Ubezpieczającego kosztami powstałymi z przyczyn leżących po stronie Ubezpieczającego, związanymi z przeprowadzeniem zmian w umowie,

wystawieniem duplikatów lub kopii polisy ubezpieczeniowej, administracyjnymi czynnościami związanymi z dokonywaniem cesji praw itp.

5.

Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości opłat zawartych z załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

6.

Podwyżka opłat w ramach limitu wyznaczonego przez wskaźnik wzrostu cen towarów i usług za okres od ostatniej zmiany nie oznacza zmiany umowy.

7.

Wszelkie świadczenia pieniężne związane z umową ubezpieczenia Towarzystwo spełnia na własny koszt przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnioną osobę lub, jeżeli kwota świadczenia nie jest wyższa niż ustalona w danym momencie przez Towarzystwo, przekazem na wskazany przez uprawnioną osobę adres.

§ 15

Prawa Ubezpieczającego

1.

Wszelkie prawa wynikające z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem praw Uposażonego określonych w umowie ubezpieczenia, umowie o prowadzenie IKE oraz w przepisach obowiązującego prawa, przysługują Ubezpieczającemu.

2.

Skargi lub zażalenia związane z zawieraniem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, Uposażony lub uprawniony z tytułu umowy ubezpieczenia może zgłaszać pisemnie do Dyrekcji Generalnej Towarzystwa za pośrednictwem jednostki organizacyjnej Towarzystwa, w której kompetencjach leży rozpatrzenie sprawy, jakiej skarga lub zażalenie dotyczy.

§ 16

Obowiązki Towarzystwa

1.

Towarzystwo jest obowiązane do zawarcia w umowie ubezpieczenia:

- 1) definicji poszczególnych świadczeń;
- 2) wysokości składek odpowiadających poszczególnym świadczeniom podstawowym i dodatkowym;
- 3) zasad ustalania świadczeń należnych z tytułu umowy, wskazania wartości wykupu oraz wysokości sumy ubezpieczenia w razie zmiany umowy ubezpieczenia na bezskładkową, jeżeli są one gwarantowane, określenia kosztów oraz innych obciążeń pobieranych przez Towarzystwo przy wypłacie świadczeń;
- 4) wskazania przepisów regulujących opodatkowanie świadczeń Towarzystwa;
- 5) wykazu oferowanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych;
- 6) zasad ustalania wartości świadczeń oraz wartości wykupu ubezpieczenia;
- 7) regulaminu lokowania środków ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 8) zasad i terminów wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
- 9) zasad ustalania wysokości kosztów oraz wszelkich innych obciążeń potrącanych ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;

10) zasad alokacji składek ubezpieczeniowych w jednostki uczestnictwa funduszu kapitałowego.

2.

Towarzystwo jest zobowiązane do:

- 1) dokonywania wyceny jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie rzadziej niż raz w miesiącu;
- 2) ogłaszania w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, niezwłocznie po jej ustaleniu, o wartości jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

3.

Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo jest obowiązane przekazać pisemnie informacje w tym zakresie Ubezpieczającemu, wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy.

4.

Towarzystwo jest obowiązane do pisemnego informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w szczególności o wartości wykupu.

5.

Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo odpłatnie udostępni informacje, o których mowa w ust. 4, oraz informacje o stanie rachunku jednostek. Wysokość opłaty jest wskazana w załączniku do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i jest pobierana z konta swobodnego dostępu.

§ 17 Postanowienia końcowe

1.

W sprawach nie uregulowanych w ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

2.

Powództwo o roszczenia wynikające z umów ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej (sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa w Warszawie) albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego z tytułu umowy ubezpieczenia.

3.

Niniejsze warunki zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 34/2004 z dnia 5 sierpnia 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy „Indywidualnego Konta Emerytalnego specjalnie dla Ciebie”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

3.

Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem.

Wpłata – kwota świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej obliczona zgodnie z § 5 ust. 7, niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, wpłacana na konto swobodnego dostępu i IKE zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na wystąpieniu inwalidztwa będącego wynikiem nieszczęśliwego wypadku, który nastąpił w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej.

Inwalidztwo – trwale fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia spowodowane nieszczęśliwym wypadkiem i potwierdzone zaświadczeniem orzekającej komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo, w rezultacie których Ubezpieczony nie jest zdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji. Za datę wystąpienia inwalidztwa Towarzystwo uznaje dzień orzeczenia inwalidztwa przez komisję lekarską.

Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego.

Suma na ryzyku – wartość oczekiwana przyszłych wpłat uwzględniająca tablice trwania życia w roku 1995 i 1996

ogłoszone przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego oraz stopę dyskonta wynikającą ze stopy technicznej 3,25%.

Akt terroru – dokonanie lub groźba dokonania przestępstwa polegającego na uprowadzeniu albo poważnym bezprawnym zatrzymaniu Ubezpieczonego bądź użyciu broni palnej, granatu, bomby, substancji wybuchowych, rakiety lub innych środków walki, jeżeli ich użycie zagraża zdrowiu lub życiu Ubezpieczonego.

Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan powstały w wyniku dobrowolnego i świadomego wprowadzenia przez Ubezpieczonego do swojego organizmu takiej ilości alkoholu, że jego zawartość wynosi lub prowadzi do stężenia we krwi powyżej 0,2‰ alkoholu albo do obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,1 mg alkoholu w 1 dm³.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego w razie jego inwalidztwa z obowiązku opłacania składek regularnych oraz na dokonywaniu wpłat przez Towarzystwo.
- 2) Świadczenie z tytułu umowy jest należne tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie odpowiedzialności.

3.

- 1) Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności składki następującej po powstaniu inwalidztwa i na czas inwalidztwa, nie dłużej jednak niż do dnia określonego w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej.
- 2) Pierwszej wpłaty Towarzystwo dokonuje w rocznicę polisy następującą bezpośrednio po powstaniu inwalidztwa, nie wcześniej jednak niż po zaakceptowaniu rozszczenia z tytułu umowy dodatkowej. Kolejne wpłaty dokonywane są w każdą rocznicę polisy, nie dłużej jednak niż do rocznicy polisy poprzedzającej dzień określony w polisie jako data wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowej lub rocznicy polisy poprzedzającej datę wpłynięcia wniosku o wykup lub wypłatę transferową z IKE.

4.

Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje inwalidztwa Ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku będącego wynikiem:

- a) pozostawania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza, bądź ze wskazaniem ich użycia;
- b) zaburzeń umysłu lub świadomości;
- c) napadów epileptycznych i innych stanów drgawkowych;

- d) wypadku lotniczego, z wyjątkiem wypadków w których Ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego licencjonowanych linii lotniczych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (DzU Nr 88, poz. 553, z późn. zm.);
 - f) wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - g) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - h) uczestniczenia Ubezpieczonego w zawodach jako kierowca, pomocnik kierowcy lub pasażer wszelkich pojazdów silnikowych z uwzględnieniem wszelkiego rodzaju jazd próbnych i testowych;
 - i) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - j) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - k) zatrucia substancjami stałymi lub płynnymi, które wniknęły do organizmu drogą oddechową, pokarmową lub przez skórę;
 - l) samobójstwa lub próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - m) wszelkich chorób somatycznych (np. zawał serca, udar mózgu), których bezpośrednią przyczyną powstania nie był nieszczęśliwy wypadek;
 - n) wszelkich chorób psychicznych.
- W powyższych sytuacjach nie zostanie wypłacone żadne świadczenie.

§ 4 Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Czas trwania umowy dodatkowej jest określony w polisie, nie może jednak być dłuższy niż do dnia rocznicy polisy, poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat.

2.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

3.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się od dnia wystawienia polisy.

4.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza zgodnie z § 7 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana w formie jednostek uczestnictwa i wynosi 1% sumy na ryzyku.

5.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

6.

Ubezpieczony, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 18 lat i nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia, może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu 18 lat.

§ 5 Wyplata świadczeń

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego, to jest orzeczenia inwalidztwa.

2.

W razie nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia Ubezpieczony powinien poddać się opiece lekarskiej i postępować zgodnie z zaleceniami lekarskimi.

3.

Ubezpieczający lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty wydania dokumentu stwierdzającego inwalidztwo przez komisję lekarską wskazaną przez Towarzystwo. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

4.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem Ubezpieczonego jest przedstawienie następujących dokumentów:

- a) orzeczenia komisji lekarskiej wskazanej przez Towarzystwo o niezdolności do jakiegokolwiek pracy zarobkowej i do samodzielnej egzystencji;
- b) pełnej dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia powypadkowego;
- c) kopii raportu policyjnego z opisem okoliczności nieszczęśliwego wypadku;
- d) dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
- e) innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

5.

W razie zgłoszenia roszczenia Towarzystwo zastrzega sobie prawo do: oceny pozyskanych informacji medycznych, poddania Ubezpieczonego obserwacji klinicznej lub badaniom medycznym przez powołanego przez Towarzystwo lekarza – w zakresie i częstotliwości uzasadnionych względami medycznymi. Wymienione w tym ustępie działania mogą mieć miejsce w każdym czasie w trakcie rozpatrywania roszczenia i będą się odbywać w placówkach medycznych wskazanych przez Towarzystwo. Odmowa poddania się tym działaniom może skutkować odmową uznania roszczenia i wypłaty świadczenia. Wymienione tu działania przeprowadzane są na koszt Towarzystwa.

6.

Poprzez zawarcie umowy dodatkowej, Ubezpieczony upoważnia Towarzystwo do zasięgania wszelkich informacji i opinii o zdrowiu Ubezpieczonego wszędzie tam, gdzie poddawał się leczeniu. Towarzystwo może odmówić uznania roszczenia

i wypłaty świadczenia, jeśli Ubezpieczony nie upoważni odpowiednich placówek medycznych do udzielenia wszelkich uzasadnionych i wymaganych przez Towarzystwo informacji.

7.

Z tytułu inwalidztwa Ubezpieczonego zaistniałego w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwo przyznaje Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości:

- a) średniej rocznych wpłat z okresu trzech lat przed orzeczeniem inwalidztwa, jeśli zdarzenie nastąpiło po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- b) średniej rocznych wpłat z okresu dwóch lat przed orzeczeniem inwalidztwa, jeśli zdarzenie nastąpiło w trzecim roku od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- c) średniej rocznych wpłat z okresu jednego roku przed orzeczeniem inwalidztwa, jeśli zdarzenie nastąpiło w drugim roku od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- d) sumy wpłat dokonanych do momentu zajścia zdarzenia, ale nie dłużej niż w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

nie więcej jednak niż dopuszczalny ustawą limit wpłat na IKE. Ubezpieczający upoważnia Towarzystwo do zasilania powyższymi kwotami rachunku w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym. Jeżeli zgodnie z limitem ustawy niemożliwe będzie dokonanie wpłaty na IKE w danym roku kalendarzowym, cała nadwyżka będzie przeznaczona na nabywanie jednostek ewidencjonowanych na koncie swobodnego dostępu.

8.

- 1) Towarzystwo podejmie decyzję o wypłacie świadczenia lub jego bezspornej części w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- 2) Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt. 1, nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to decyzja zostanie podjęta w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

9.

W razie uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zamiany umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
- b) w razie dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 65 lat;
- c) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego, z dniem uznania inwalidztwa.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o inwalidztwie Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 35/2004 z dnia 5 sierpnia 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia

§ 1

Postanowienia ogólne

1.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosuje się jako uzupełnienie do umowy ubezpieczenia „Indywidualnego Konta Emerytalnego specjalnie dla Ciebie”.

2.

Zobowiązania stron wynikające z zawarcia umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia są w mocy tylko wówczas, gdy umowa ta została dołączona do umowy ubezpieczenia, co zostało potwierdzone w polisie i nie mogą trwać dłużej niż zobowiązania stron wynikające z umowy ubezpieczenia. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia określają warunki, na jakich Towarzystwo podjęło się ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia.

3.

Warunki i terminy określone w ogólnych warunkach ubezpieczenia stosuje się odpowiednio w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia.

§ 2

Definicje

Terminom używanym w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisie oraz wszelkich innych dokumentach do niej dołączonych nadaje się następujące znaczenia:

Umowa dodatkowa – umowa dodatkowa ubezpieczenia na wypadek pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia.

Wpłata – kwota świadczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej obliczona zgodnie z § 5 ust. 4, niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, wpłacana jednorazowo na konto swobodnego dostępu i IKE zgodnie z zasadami określonymi w ogólnych warunkach ubezpieczenia.

Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte ochroną z tytułu umowy dodatkowej polegające na pogorszeniu się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia, w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy dodatkowej.

Pogorszenie się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia – uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego spowodowany działaniem przewlekłego stresu wywołanego utratą pracy przez Ubezpieczonego.

Praca – zatrudnienie na podstawie umowy o pracę w rozumieniu Kodeksu pracy.

Suma na ryzyku – wartość równa wpłacie.

Okres karencji – czas, po którym rozpoczyna się okres odpowiedzialności Towarzystwa. Kończy się on w pierwszej rocznicę polisy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej lub w trzecią rocznicę polisy przypadającą po uznaniu zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wskazania w polisie innego niż określony powyżej okresu karencji.

Gwarantowany okres wznowieniowy – okres wskazany w umowie ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do rocznicy polisy, przypadającej bezpośrednio przed ukończeniem przez Ubezpieczonego 55 lat.

§ 3

Przedmiot i zakres umowy dodatkowej

1.

Przedmiotem ubezpieczenia w ramach umowy dodatkowej jest zdrowie Ubezpieczonego.

2.

- 1) Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie umowy dodatkowej polega na zwolnieniu Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych oraz na dokonaniu wpłaty przez Towarzystwo.
- 2) Świadczenie z tytułu umowy dodatkowej jest należne tylko wtedy, gdy zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi najwcześniej w okresie odpowiedzialności.

3.

- 1) Zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składek regularnych następuje od daty wymagalności składki następującej po zaistnieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, na okres 12 miesięcy.
- 2) Towarzystwo dokonuje wpłaty w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.

4.

Zakres ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowej nie obejmuje pogorszenia się stanu zdrowia w wyniku bezrobocia, spowodowanego rozwiązaniem umowy o pracę:

- a) na mocy porozumienia stron;
- b) za wypowiedzeniem dokonany przez Ubezpieczonego;
- c) bez wypowiedzenia, dokonany przez pracodawcę Ubezpieczonego;
- d) z upływem czasu, na który była zawarta;
- e) jeżeli Ubezpieczonemu przyznano prawo do emerytury, renty, świadczenia przedemerytalnego lub zasiłku przedemerytalnego.

5.

Odpowiedzialność Towarzystwa nie obejmuje Ubezpieczonych, którzy pomimo otrzymania statusu osoby bezrobotnej, nie otrzymują prawa do zasiłku dla bezrobotnych

§ 4

Zawarcie umowy dodatkowej

1.

Umowa dodatkowa zawierana jest na okres 2 lat. Z zastrzeżeniem stosownych postanowień ust. 9, umowa jest automatycznie przedłużana na następne okresy roczne, objęte gwarantowanym okresem wznowieniowym. Przy automatycznym przedłużeniu nie obowiązują postanowienia dotyczące okresu karencji.

2.

Czas trwania gwarantowanego okresu wznowieniowego jest określony czasem trwania umowy ubezpieczenia jednak nie może być dłuższy niż do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 55 lat.

3.

Umowa dodatkowa może być zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat i nie ma ukończonych 49 lat.

4.

Ubezpieczeniem mogą być objęte wyłącznie osoby zatrudnione na podstawie umowy o pracę w rozumieniu Kodeksu pracy.

5.

Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy dodatkowej rozpoczyna się po okresie karencji liczonym od daty wystawienia polisy.

6.

Z tytułu umowy dodatkowej Towarzystwo nalicza zgodnie z § 7 ust. 4 ogólnych warunków ubezpieczenia miesięczną opłatę za ochronę ubezpieczeniową, która jest potrącana w formie jednostek uczestnictwa i wynosi 1/6 procenta sumy na ryzyku.

7.

Zawarcie umowy dodatkowej następuje wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia.

8.

Ubezpieczony, który z w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia nie ukończył 18 lat i nie mógł zawrzeć umowy dodatkowej wraz z umową ubezpieczenia może ją zawrzeć za zgodą Towarzystwa w rocznicę polisy przypadającą bezpośrednio po ukończeniu 18 lat.

9.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaproponowania nowej wysokości opłaty za ochronę ubezpieczeniową obowiązującej w następnym rocznym okresie wykonywania umowy. W takiej sytuacji, Towarzystwo na 6 miesięcy przed datą zakończenia aktualnego okresu obowiązywania umowy, zaproponuje Ubezpieczającemu do wyboru – nową wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową lub rezygnację z niniejszej umowy dodatkowej. W razie braku odpowiedzi Ubezpieczającego w ciągu 3 miesięcy od otrzymania pisemnej propozycji zmiany warunków uważa się, że umowa ulega przedłużeniu na kolejny roczny okres z nową opłatą za ochronę ubezpieczeniową.

§ 5 Wyplata świadczeń

1.

Zgłoszenie roszczenia z tytułu niniejszej umowy dodatkowej powinno nastąpić w terminie 14 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.

2.

Ubezpieczający lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do dostarczenia Towarzystwu wszelkich wskazanych przez nie dokumentów, jakie uznaje ono za niezbędne do rozpatrzenia roszczenia. Dokumenty, jak również wszelkie inne informacje dodatkowe wymagane przez Towarzystwo, powinny zostać dostarczone w terminie nie późniejszym niż 30 dni od daty wydania dokumentu stwierdzającego utratę stałego dochodu oraz uzyskanie statusu osoby bezrobotnej i prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Niedotrzymanie powyższego terminu może spowodować odmowę uznania roszczenia i przyznania prawa do świadczenia.

3.

Podstawą do wypłaty przez Towarzystwo świadczenia jest przedstawienie następujących dokumentów:

- dokumentu potwierdzającego zarejestrowanie Ubezpieczonego przez właściwy organ jako bezrobotnego aktywnie poszukującego pracy, z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
- dokumentu wskazującego tryb rozwiązania umowy o pracę;
- świadczenia pracy;
- oświadczenia Ubezpieczonego o pogorszeniu się stanu zdrowia;
- dokumentu stwierdzającego tożsamość Ubezpieczonego;
- innych dokumentów niezbędnych do rzetelnego rozpatrzenia roszczeń i ustalenia zobowiązań Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia wskazanych przez Towarzystwo.

4.

W razie zaakceptowania roszczenia Towarzystwo dokonuje wypłaty w wysokości:

- średniej rocznych wpłat z okresu trzech lat przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli zdarzenie nastąpiło po upływie trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- średniej rocznych wpłat z okresu dwóch lat przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli zdarzenie nastąpiło w trzecim roku od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- średniej rocznych wpłat z okresu jednego roku przed wystąpieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, jeśli zdarzenie nastąpiło w drugim roku od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- sumy wpłat dokonanych do momentu zajścia zdarzenia, ale nie dłużej niż w ciągu 12 miesięcy od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

nie więcej jednak niż dopuszczalny ustawą limit wpłat na IKE. Ubezpieczający upoważnia Towarzystwo do zasilenia powyższą kwotą umowy ubezpieczenia. Jeżeli zgodnie z limitem ustawy niemożliwe będzie dokonanie wypłaty na IKE w danym roku kalendarzowym cała nadwyżka będzie przeznaczona na nabywanie jednostek ewidencjonowanych na koncie swobodnego dostępu.

5.

- Towarzystwo wypłaci świadczenie lub jego bezsporną część w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletu dokumentów uzasadniających wypłatę świadczenia.
- Jeśli w terminie, o którym mowa w pkt. 1, nie zostały wyjaśnione wszystkie okoliczności dotyczące odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia, to świadczenie zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności.

6.

W razie uznania roszczenia i po dokonaniu wypłaty ponowna odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się po upływie 3 lat od daty uznania zdarzenia ubezpieczeniowego, pod warunkiem opłacania składek, z wyłączeniem pierwszego roku, w którym nastąpiło zwolnienie z obowiązku opłacania składek regularnych.

7.

W razie uznania roszczenia przez Towarzystwo i śmierci Ubezpieczonego przed wypłatą świadczenia, świadczenie zostanie wypłacone zgodnie z przepisami Kodeksu cywilnego dotyczącymi spadkobrania.

§ 6

Wygaśnięcie umowy ubezpieczenia

Umowa dodatkowa ulega rozwiązaniu w każdej z niżej wymienionych sytuacji:

- a) z dniem wygaśnięcia, rozwiązania lub zamiany umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
- b) w razie dożycia Ubezpieczonego do rocznicy polisy poprzedzającej ukończenie przez Ubezpieczonego 55 lat;
- c) uznania przez Towarzystwo inwalidztwa Ubezpieczonego w ramach umowy dodatkowej ubezpieczenia na wypadek inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem, z dniem uznania inwalidztwa;
- d) z dniem rozwiązania umowy o pracę.

§ 7

Postanowienia końcowe

1.

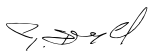
Ubezpieczony lub inne osoby do tego powołane są zobowiązane do niezwłocznego powiadomienia na piśmie o zdarzeniu ubezpieczeniowym Ubezpieczonego wraz z wszelkimi okolicznościami jego zaistnienia oraz dostarczenia Towarzystwu wskazanych przez nie wszelkich niezbędnych do rozpatrzenia roszczenia dokumentów.

2.

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej, ustawy o indywidualnych kontach emerytalnych oraz innych obowiązujących przepisów prawa.

3.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Towarzystwa nr 36/2004 z dnia 5 sierpnia 2004 roku i mają zastosowanie do umów zawartych od dnia 1 września 2004 roku.



Paweł Dangel
Prezes Zarządu



Michael Mueller
Wiceprezes Zarządu



Jerzy Nowak
Członek Zarządu

Załącznik do ogólnych warunków ubezpieczenia „Indywidualnego Konta Emerytalnego specjalnie dla Ciebie”

Tabela opłat

1. Opłata za pisemne udostępnienie na prośbę Klienta informacji dotyczących wysokości świadczeń przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia, aktualnej wartości wykupu polisy oraz stanu rachunków jednostek:	– 3 zł
2. Opłata administracyjna:	– 70 zł
3. Opłata polisowa:	1. – 3. rok polisowy – 3% każdej wpłaconej składki 4. – 6. rok polisowy – 2% każdej wpłaconej składki 7. rok polisowy i lata kolejne – 0% każdej wpłaconej składki
4. Opłata manipulacyjna	50% środków na IKE ale nie więcej niż 300 zł
5. Opłata za przeniesienie środków pomiędzy funduszami	
– pierwsze przeniesienie w roku polisowym	– bezpłatnie
– kolejne przeniesienie w roku polisowym	– 20 zł
6. Opłata za zmianę alokacji składki regularnej	
– pierwsze przeniesienie w roku polisowym	– bezpłatnie
– kolejne przeniesienie w roku polisowym	– 20 zł