

OGÓLNE WARUNKI
UBEZPIECZENIA UNIWERSALNEGO
juniorGO
(JUN/J/2/2018)



Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO (JUN/J/2/2018)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1 § 18 ust. 1 § 26 ust. 1-5 § 28 ust. 1 § 31 ust. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 7 ust. 3 § 24
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 8 ust. 4 § 10 ust. 1-2 § 11 § 12 ust. 2 § 13 ust. 7 § 14 § 15 § 16 ust. 3 § 18 ust. 5 § 26 ust. 2 i 4 § 28 ust. 2 § 31 ust.5 pkt 3
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 28 ust. 1-2



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA UNIWERSALNEGO JUNIORGO
(JUN/J/2/2018)**

**§ 1.
DEFINICJE**

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

- 1) **Akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **Alokacja** – przeliczenie na Jednostki Funduszy określonej części wpłaconej składki z tytułu Głównej umowy ubezpieczenia lub określonej części świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w Umowie ubezpieczenia;
- 3) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia lub Umowa dodatkowa** – umowa ubezpieczenia zawierana na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia, będąca uzupełnieniem Głównej umowy ubezpieczenia;
- 4) **Dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia Umowy ubezpieczenia, w tym Polisa, doręczany Ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 5) **Dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 6) **Główna umowa ubezpieczenia lub Umowa główna** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU;

- 7) **Jednostki Funduszu** – udziały o jednakowej wartości, na które pojęciowo jest podzielony Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 8) **Miesiące ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy, rozpoczynające się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeśli pierwszym dniem okresu ubezpieczenia jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, wtedy Miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 9) **Osoby ubezpieczone** – Ubezpieczeni oraz Ubezpieczone dziecko;
- 10) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 11) **Polisa** – dokument potwierdzający zawarcie odpowiednio Umowy ubezpieczenia albo Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 12) **Rachunek Jednostek** – wydzielony pojęciowo dla Głównej umowy ubezpieczenia rachunek Jednostek Funduszy, na który zarachowuje się i odlicza Jednostki Funduszy w sposób określony w OWU; wyróżnia się następujące rodzaje Rachunków Jednostek:
- Rachunek podstawowy, na którym zarachowuje się Jednostki Funduszy w wyniku Alokacji określonej części wpłaconych Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej,
 - Rachunek lokacyjny, na którym zarachowuje się Jednostki Funduszy w wyniku Alokacji wpłaconych Składek lokacyjnych,
 - Rachunek świadczeń, na którym zarachowuje się Jednostki Funduszy w wyniku Alokacji spełnionych przez Towarzystwo świadczeń ubezpieczeniowych przewidzianych w Umowie ubezpieczenia;
- 13) **Rejestracja Wniosku ubezpieczeniowego** – przyjęcie Wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 14) **Rocznica ubezpieczenia** – wskazany w Dokumencie ubezpieczenia dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny Rok ubezpieczenia;
- 15) **Rok ubezpieczenia** – okres, który rozpoczyna się odpowiednio w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia albo w Rocznicę ubezpieczenia i który kończy się z dniem poprzedzającym następującą bezpośrednio po tej dacie Rocznicę ubezpieczenia;
- 16) **Składka ubezpieczeniowa** – kwota, którą Ubezpieczający wpłaca Towarzystwu w sposób wskazany w OWU; wyróżnia się następujące rodzaje Składek ubezpieczeniowych:
- Składka regularna z tytułu Umowy ubezpieczenia – składka, którą Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać regularnie w wysokości i terminach wskazanych w Umowie ubezpieczenia i na którą składają się:
 - Regularna składka ochronna z tytułu Umowy głównej,
 - Regularna składka inwestycyjna z tytułu Umowy głównej,
 - Regularne składki z tytułu Umów dodatkowych, o ile takie umowy zostały zawarte,
 - Składka lokacyjna – składka, którą Ubezpieczający może dodatkowo wpłacać w dowolnym czasie;
- 17) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 18) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawiera z Towarzystwem Umowę ubezpieczenia;
- 19) **Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy lub Fundusz** – wyodrębniona pojęciowo część aktywów Towarzystwa gromadzona i inwestowana z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 20) **Ubezpieczone dziecko** – wskazane we Wniosku ubezpieczeniowym o zawarcie Umowy ubezpieczenia dziecko własne lub przysposobione Ubezpieczonych, uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego w razie dożycia, które w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia będzie mieć co najmniej 18 (osiemnaście) lat i nie więcej niż 25 (dwadzieścia pięć) lat;
- 21) **Ubezpieczony lub Ubezpieczeni** – wskazana we Wniosku ubezpieczeniowym o zawarcie Umowy ubezpieczenia osoba fizyczna, której życia dotyczy Główna umowa ubezpieczenia, mająca w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia co najmniej 18 (osiemnaście) lat i która w ostatnim dniu okresu ubezpieczenia będzie mieć mniej niż 75 (siedemdziesiąt pięć) lat; Umowa główna może przewidywać jednego albo dwoje Ubezpieczonych;
- 22) **Umowa ubezpieczenia** – Główna umowa ubezpieczenia oraz Dodatkowe umowy ubezpieczenia (o ile takie zostały zawarte);
- 23) **Uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania tej części świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego, która nie jest Alokowana na Rachunek świadczeń;
- 24) **Wartość Jednostki Funduszu** – wartość, zgodnie z którą Jednostki Funduszu zarachowuje się na rachunek i z niego odlicza, ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 25) **Wartość Rachunku Jednostek** (podstawowego, lokacyjnego, świadczeń) – wartość wszystkich Jednostek Funduszy zgromadzonych na danym Rachunku Jednostek (odpowiednio: podstawowym, lokacyjnym, świadczeń);
- 26) **Wartość wykupu** – kwota wypłacana Ubezpieczającemu w razie złożenia przez niego wniosku o wypłatę wartości wykupu albo w innych przypadkach wskazanych w OWU;
- 27) **Wiek** – wiek określany jako ostatnia rocznica urodzin; Wiek jest określany w dniu Rejestracji Wniosku ubezpieczeniowego, a następnie jest przeliczany w każdą Rocznicę ubezpieczenia; Wiek jest wskazany w Dokumencie ubezpieczenia;
- 28) **Wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia Umowy ubezpieczenia albo Dodatkowej umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez Ubezpieczającego na formularzu Wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa;
- 29) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć Ubezpieczonego, śmierć Ubezpieczonego dziecka albo dożycie przez Ubezpieczone dziecko końca ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego albo życie dwojga Ubezpieczonych, jeżeli Główna umowa ubezpieczenia tak stanowi, życie Ubezpieczającego oraz życie Ubezpieczonego dziecka.
- Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do spełnienia świadczenia ubezpieczeniowego w razie:
 - śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierci Ubezpieczającego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
 - śmierci Ubezpieczonego dziecka, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej;
 - dożycia przez Ubezpieczone dziecko końca ostatniego dnia okresu ubezpieczenia pod warunkiem, że w tym dniu jest ono objęte ochroną ubezpieczeniową.
- Zakres ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Osoby ubezpieczonej może zostać rozszerzony za zgodą Towarzystwa. Objęcie Osoby ubezpieczonej dodatkową ochroną ubezpieczeniową następuje poprzez zawarcie przez Ubezpieczającego odpowiedniej Dodatkowej umowy ubezpieczenia odrębnie na rzecz każdej z tych osób i na zasadach przewidzianych w odrębnych ogólnych warunkach ubezpieczenia tej umowy.
- O ile OWU lub zawarta na ich podstawie Umowa ubezpieczenia nie stanowią inaczej, powinności wynikające z Umowy ubezpieczenia obciążają osobno Ubezpieczonych, natomiast wszelkie prawa z niej wynikające przysługują im solidarnie.

§ 3.

ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO ORAZ ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO

- Jeżeli Ubezpieczone dziecko pozostaje przy życiu w chwili śmierci Ubezpieczonego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci Ubezpieczonego jest równe sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, na którą składają się podstawowa suma ubezpieczenia oraz Wartość Rachunku świadczeń w części stanowiącej spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu Dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych na rzecz tego Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2-5.
- Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego polega na Alokowaniu podstawowej sumy ubezpieczenia na Rachunek świadczeń poprzez zarachowanie na tym Rachunku odpowiedniej liczby Jednostek Funduszu Gwarantowanego, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli Ubezpieczony wskazał Uposażonego, wtedy wskazana przez niego część podstawowej sumy ubezpieczenia zostaje wypłacona Uposażonemu, zaś pozostała część tej sumy jest Alokowana na Rachunek świadczeń.
- Przy obliczaniu wysokości świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego uwzględnia się odpowiednio:
 - wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia obowiązującą w dniu śmierci Ubezpieczonego;
 - liczbę i Wartość Jednostek Funduszy określone na dzień otrzymania przez Towarzystwo wniosku o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego wraz z dokumentami potwierdzającymi to Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanymi w § 23.

4. Śmierć Ubezpieczonego powoduje, że nie są wymagane składki ubezpieczeniowe tytułem udzielanej mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Głównej umowy ubezpieczenia, których ostatni dzień terminu płatności przypada od dnia śmierci Ubezpieczonego.
5. W dniu śmierci Ubezpieczonego rozwiązują się wszystkie Dodatkowe umowy ubezpieczenia zawarte na jego rzecz i tytułem tych umów nie są wymagane składki ubezpieczeniowe, których ostatni dzień terminu płatności przypada od dnia śmierci Ubezpieczonego.
6. Jeżeli Ubezpieczone dziecko pozostaje przy życiu w chwili śmierci Ubezpieczającego, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci Ubezpieczającego jest równe sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci Ubezpieczającego, na którą składają się Wartość Rachunku podstawowego oraz Wartość Rachunku lokacyjnego, z zastrzeżeniem ust. 7-10.
7. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego polega na przeniesieniu Jednostek Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym i Rachunku lokacyjnym na Rachunek świadczeń, a następnie przeliczeniu tych Jednostek na Jednostki Funduszu Gwarantowanego, z zastrzeżeniem zdania następnego. Przed spełnieniem świadczenia jego wysokość zostaje pomniejszona o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia.
8. Przy spełnianiu świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego uwzględnia się liczbę i Wartość Jednostek Funduszy oraz kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia, określone na dzień otrzymania przez Towarzystwo wniosku o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego wraz z dokumentami potwierdzającymi to Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanymi w § 23.
9. Począwszy od dnia wskazanego w ust. 8 Główna umowa ubezpieczenia przekształca się w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
10. Jeżeli przed spełnieniem świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego, łącznie są spełnione poniższe warunki:
 - 1) Wartość Rachunku świadczeń jest równa zeru,
 - 2) suma Wartości Rachunku podstawowego oraz Wartości Rachunku lokacyjnego po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia jest niższa od limitu wskazanego w § 21 ust. 1 pkt 1,

to w takim przypadku spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego polega na wypłacie tego świadczenia Ubezpieczonemu dziecku, po uprzednim pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia. Z dniem wskazanym w ust. 8 Wartość Rachunku podstawowego i lokacyjnego stają się równe zeru, a Główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się.

§ 4.

ŚWIADCZENIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego dziecka, która nastąpiła w czasie ochrony ubezpieczeniowej, wypłacane jest świadczenie ubezpieczeniowe równe sumie Wartości wszystkich Rachunków jednostek, po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia, przy czym pomniejszenie to w pierwszej kolejności następuje z Wartości Rachunku lokacyjnego, następnie z Wartości Rachunku podstawowego, a na końcu z Wartości Rachunku świadczeń. Powyższe wartości są określane na dzień otrzymania przez Towarzystwo wniosku o spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka wraz z dokumentami potwierdzającymi to Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazanymi w § 23.
2. W dniu śmierci Ubezpieczonego dziecka zostają rozwiązane wszystkie Umowy dodatkowe zawarte na jego rzecz i tytułem tych umów nie są wymagane składki ubezpieczeniowe, których ostatni dzień terminu płatności przypada od dnia śmierci Ubezpieczonego dziecka.
3. Z dniem wskazanym w ust. 1: Wartości poszczególnych Rachunków Jednostek stają się równe zeru, rozwiązują się Dodatkowe umowy ubezpieczenia zawarte na rzecz Ubezpieczonych oraz rozwiązuje się Główna umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6.

§ 5.

ŚWIADCZENIE W RAZIE DOŻYCIA

W razie dożycia przez Ubezpieczone dziecko końca ostatniego dnia okresu ubezpieczenia i pod warunkiem, że w tym dniu jest ono objęte ochroną ubezpieczeniową, wypłacane jest świadczenie ubezpieczeniowe w razie dożycia równe Wartości wszystkich Rachunków Jednostek, po powiększeniu o sumę ubezpieczenia z tytułu dożycia i po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia, przy czym wartości te są określane na koniec ostatniego dnia okresu ubezpieczenia.

§ 6.

OCHRONA UBEZPIECZENIOWA PO ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. Po śmierci Ubezpieczonego dziecka Ubezpieczający może kontynuować do końca okresu ubezpieczenia ochronę ubezpieczeniową na rzecz

Ubezpieczonego przewidzianą w Głównej umowie ubezpieczenia, o ile nie później niż w dniu wskazanym w § 4 ust. 1 Ubezpieczający złoży Towarzystwu odpowiedni wniosek i opłaci Regularną składkę ochronną z tytułu Umowy głównej obowiązującą dla tego Ubezpieczonego. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży takiego wniosku lub nie opłaci składki, wówczas Główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem wypłaty świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka.

2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa na rzecz Ubezpieczonego jest kontynuowana zgodnie z ustępem powyżej, to w razie jego śmierci w czasie ochrony ubezpieczeniowej wypłacane jest świadczenie ubezpieczeniowe równe podstawowej sumie ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci Ubezpieczonego.
3. Ubezpieczający nie ma prawa w okresie kontynuowania ochrony ubezpieczeniowej na rzecz Ubezpieczonego wpłacać Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej ani Składki lokacyjnej.

§ 7.

SUMY UBEZPIECZENIA

1. Wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia jest taka sama przez pierwsze pięć lat ubezpieczenia, a następnie w każdą Rocznicę ubezpieczenia zaczynając od piątej, jest obniżana o kwotę określoną jako iloraz 50 (pięćdziesiąt) procent podstawowej sumy ubezpieczenia, obowiązującej w pierwszym dniu okresu ubezpieczenia oraz liczby stanowiącej różnicę pomiędzy wyrażoną w latach długością okresu ubezpieczenia wskazanego w Polisie a liczbą 5 (pięć), przy czym tak uzyskana wartość jest zaokrąglana do pełnego złotego, z zastrzeżeniem zdania następnego. Wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia w żadnym Roku ubezpieczenia nie może być niższa niż kwota wskazana w Wykazie Opłat i Limitów.
2. Podstawowe sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci każdego z Ubezpieczonych, obowiązujące w poszczególnych latach ubezpieczenia są wskazane w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Podstawowa suma ubezpieczenia nie jest należna, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
 - 1) w związku z samobójstwem Ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia Umowy ubezpieczenia;
 - 2) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku Aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez Ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem Ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem Ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w Akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.
4. W pierwszym dniu okresu ubezpieczenia suma ubezpieczenia z tytułu dożycia jest równa zeru. W terminie 14 (czternastu) dni od trzeciej, szóstej, dziewiątej, dwunastej oraz piętnastej Rocznicy ubezpieczenia, Towarzystwo powiększa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia o kwotę określoną jako 1/36 (jedna trzydziesta szósta) sumy Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej Alokowanych w ostatnich zakończonych trzech latach ubezpieczenia, jednak każdorazowo nie więcej niż o 1000 (jeden tysiąc) złotych.
5. W terminie 14 (czternastu) dni od szesnastej i każdej następnej Rocznicy ubezpieczenia, Towarzystwo powiększa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia o kwotę określoną jako 1/12 (jedna dwunasta) sumy Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej Alokowanych w ostatnim zakończonym Roku ubezpieczenia, jednak każdorazowo nie więcej niż o 1000 (jeden tysiąc) złotych.
6. Na koniec ostatniego dnia okresu ubezpieczenia Towarzystwo powiększa wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia o kwotę określoną jako 1/12 (jedna dwunasta) albo 1/24 (jedna dwudziesta czwarta) albo 1/36 (jedna trzydziesta szósta) sumy Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej Alokowanych odpowiednio w ostatnim zakończonym Roku ubezpieczenia albo w ostatnich zakończonych dwóch albo w ostatnich zakończonych trzech latach ubezpieczenia, jeśli od ostatniego powiększenia wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia zgodnie z ust. 4-5 minął odpowiednio mniej niż jeden rok albo więcej niż jeden rok i jednocześnie mniej niż dwa lata albo więcej niż dwa lata, jednak nie więcej niż o 1000 (jeden tysiąc) złotych.

§ 8.

ZAWARCIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Główna umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas określony, nie krótszy niż 10 (dziesięć) lat i nie dłuższy niż 25 (dwadzieścia pięć) lat, z uwzględnieniem limitów wiekowych przewidzianych dla Osób ubezpieczonych.

2. Główna umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez Ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia na formularzu Wniosku ubezpieczeniowego Towarzystwa. Formularz Wniosku ubezpieczeniowego może mieć formę pisemną albo formę elektroniczną. Towarzystwo przyjmując Wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego Rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz Wniosku ubezpieczeniowego został wypełniony w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
3. Przed zawarciem Głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo, o ile nie postanowi inaczej uzyskuje – w formie ankiety – informacje dotyczące potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej Ubezpieczającego tak, aby mogło dokonać oceny, które z ubezpieczeń będących w ofercie Towarzystwa jest odpowiednie do potrzeb Ubezpieczającego. W przypadku Głównej umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek postanowienie zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do Osób ubezpieczonych. Główna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego oraz Osób ubezpieczonych. W przeciwnym razie Główna umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez te osoby odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa. Ubezpieczający lub Osoby ubezpieczone mogą odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej.
4. Przed zawarciem Głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zażądać, aby Osoba ubezpieczona poddała się badaniom analitycznym i lekarskim, z wyłączeniem badań genetycznych, które zostaną wykonane na koszt Towarzystwa, z zastrzeżeniem zdania ostatniego oraz § 26 ust. 2. Towarzystwo może ponadto zażądać przedłożenia zaświadczeń i wyników badań potwierdzających stan zdrowia Osoby ubezpieczonej oraz udzielenia wszelkich informacji uznanych przez nie za niezbędne w celu oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego. Jeżeli Ubezpieczający lub Osoba ubezpieczona wystąpiła z wnioskiem o udostępnienie wyników badań analitycznych i lekarskich, o których mowa powyżej i Główna umowa ubezpieczenia nie została zawarta w całości albo w części dotyczącej jednej z Osób ubezpieczonych wskutek rezygnacji którejkolwiek z tych osób, w takim przypadku Towarzystwo ma prawo do potrącenia z wpłacanej składki ubezpieczeniowej kosztów tych badań.
5. Główną umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą na warunkach zgodnych z treścią Wniosku ubezpieczeniowego z chwilą doręczenia Ubezpieczającemu Polisy, stanowiącej oświadczenie woli Towarzystwa o przyjęciu jego oferty. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający oraz Osoby ubezpieczone powinny złożyć pisemne oświadczenia, upoważnienia i deklaracje wymagane treścią formularza Wniosku ubezpieczeniowego, w szczególności Osoby ubezpieczone powinny złożyć pisemne oświadczenia dotyczące ich stanu zdrowia i stylu życia oraz pisemnie upoważnić Towarzystwo do zasięgania w innych podmiotach informacji o okolicznościach związanych z oceną ryzyka ubezpieczeniowego.
6. W wyniku przeprowadzonej oceny ryzyka ubezpieczeniowego Towarzystwo może odmówić zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia albo zaproponować Ubezpieczającemu jej zawarcie na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego Wniosku ubezpieczeniowego (Kontroferta). Złożenie Kontroferty następuje poprzez doręczenie Ubezpieczającemu Polisy wraz z informacją o postanowieniach Głównej umowy ubezpieczenia odbiegających od treści Wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy Ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż Kontroferta Towarzystwa została przyjęta, a Główna umowa ubezpieczenia została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu Umowę główną uważa się za niezawartą.
7. Postanowienia ustępu bezpośrednio powyżej stosuje się również wtedy, gdy złożony Wniosek ubezpieczeniowy nie zawiera wymaganych oświadczeń, zawiera zapisy zmieniające postanowienia OWU lub treść formularza Wniosku ubezpieczeniowego, albo w inny sposób nie spełnia wymagań określonych w OWU.

§ 9. OKRES UBEZPIECZENIA

1. Pierwszy i ostatni dzień okresu ubezpieczenia są wskazane w Dokumentie ubezpieczenia.
2. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu zawartej Głównej umowy ubezpieczenia przysługuje Osobom ubezpieczonym w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia i nie dłużej niż do rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia, chyba że ochrona ubezpieczeniowa na rzecz danej Osoby ubezpieczonej została wcześniej zakończona wskutek jej rezygnacji lub rezygnacji Ubezpieczającego.

§ 10. OPŁACENIE SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać Składkę regularną z tytułu Umowy ubezpieczenia w wysokości oraz terminach wskazanych w Dokumentie ubezpieczenia, który może określać miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną częstotliwość jej opłacania.
2. Ubezpieczający może w dowolnym czasie wpłacać Składki lokacyjne.
3. Ubezpieczający wpłaca Składkę ubezpieczeniową na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo do wpłat poszczególnych rodzajów składek, przy czym pierwszą taką składkę może także wpłacić w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Wpłata na rachunek bankowy przeznaczony dla Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia jest uznawana za Składkę regularną z tytułu Umowy ubezpieczenia. Wpłata na rachunek bankowy przeznaczony dla Składki lokacyjnej jest uznawana za Składkę lokacyjną.
5. Dniem zapłaty Składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym znajdzie się ona w posiadaniu Towarzystwa. W razie wpłaty Składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, dniem jej zapłaty jest dzień uznania rachunku tą wpłatą.
6. Składka ubezpieczeniowa jest księgowana na konto Umowy ubezpieczenia w terminie 7 (siedmiu) Dni roboczych od jej zapłacenia, jednak nie wcześniej niż ostatniego dnia terminu jej płatności wskazanego w Dokumentie ubezpieczenia. Zaliczenie wpłaty na zaległe Składki regularne z tytułu Umowy ubezpieczenia następuje począwszy od tych składek najdawniej należnych.

§ 11. WYSOKOŚĆ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W Wykazie Opłat i Limitów Towarzystwo wskazuje:
 - 1) minimalną wysokość Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 2) minimalną wysokość Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia z pominięciem Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej;
 - 3) minimalną i maksymalną wysokość Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej.
 Powyższe wartości mogą zostać zmienione, jeżeli strony tak postanowią.
2. Niezależnie od powyższych postanowień wysokość Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej w okresie pierwszych pięciu lat ubezpieczenia nie może przewyższyć kwoty określonej przez Towarzystwo na podstawie podstawowej sumy ubezpieczenia oraz Regularnej składki ochronnej z tytułu Umowy głównej.
3. Wysokość Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, obowiązująca w pierwszym Roku ubezpieczenia jest wskazana w Polisie.
4. Wysokość Regularnej składki ochronnej z tytułu Umowy głównej, obowiązująca w poszczególnych latach ubezpieczenia, jest ustalana odrębnie dla każdego Ubezpieczonego jako iloczyn podstawowej sumy ubezpieczenia oraz miesięcznego wskaźnika kosztu ochrony ubezpieczeniowej obowiązujących dla tego Ubezpieczonego w ostatnim dniu terminu płatności Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia – po zaokrągleniu do pełnego grosza – oraz liczby zależnej od częstotliwości opłacania Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia: 1 w przypadku miesięcznej, 3 kwartalnej, 6 półrocznej oraz 12 rocznej.
 - 1) Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej są obliczane przez Towarzystwo z uwzględnieniem aktualnego statystycznego prawdopodobieństwa wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz aktualnego ryzyka ubezpieczeniowego podejmowanego przez Towarzystwo, na podstawie posiadanych przez Towarzystwo szczegółowych informacji dotyczących Ubezpieczonego, w tym jego Wzrostu.
 - 2) Miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej są ustalane w wysokości zapewniającej co najmniej wykonanie wszystkich zobowiązań Towarzystwa wynikających z umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Uniwersalnego juniorGO oraz pokrycie kosztów działalności ubezpieczeniowej Towarzystwa, z uwzględnieniem przewidzianych w tych ogólnych warunkach: przedmiotu i zakresu ubezpieczenia, ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności (w tym także czasowych), zasad ustalenia wysokości świadczeń ubezpieczeniowych.
 - 3) Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej stanowi iloraz liczby z Tabeli miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej, odpowiedniej dla Wzrostu Ubezpieczonego w ostatnim dniu terminu płatności Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz liczby 10 000 (dziesięć tysięcy). W dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia obowiązują standardowe miesięczne wskaźniki kosztu ochrony ubezpieczeniowej, których wysokość jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów, o ile nie umówiono się inaczej.

5. Kwoty Regularnej składki ochronnej z tytułu Umowy głównej, obowiązujące w poszczególnych latach ubezpieczenia, są wskazane w Dokumencie ubezpieczenia odrębnie dla każdego Ubezpieczonego.
6. Towarzystwo corocznie proponuje Ubezpieczającemu podwyższenie od najbliższej Rocznic ubezpieczenia wysokości Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej (Indeksacja). Towarzystwo przedstawia swoją propozycję Indeksacji najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed Rocznicą ubezpieczenia, której ona dotyczy. Indeksacja następuje od tej Rocznicy ubezpieczenia, chyba że Ubezpieczający co najmniej 14 (czternaście) dni przed tą Rocznicą ubezpieczenia powiadomi Towarzystwo o rezygnacji z Indeksacji. W takim przypadku Indeksacja nie następuje. Proponowany Ubezpieczającemu wskaźnik Indeksacji jest ustalany na podstawie większego z dwóch wskaźników ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny: miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw – w ujęciu za okres ostatnich 12 (dwunastu) miesięcy, z zastrzeżeniem zdania następnego. Minimalny proponowany wskaźnik Indeksacji wynosi 3,5 (trzy i pół) procent. Indeksacja dokonana zgodnie z powyższymi zasadami nie stanowi zmiany Umowy ubezpieczenia.
7. W razie rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia z przyczyn innych niż zakończenie okresu ubezpieczenia albo jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, Towarzystwo ustala, jaka część wpłaconej Regularnej składki ochronnej z tytułu Umowy głównej – po potrąceniu kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia – podlega zwrotowi za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
 - 1) W razie rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia albo jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego zgodnie z § 3 ust. 9, powyższą składkę zwraca się jednocześnie z wypłatą Wartości wykupu albo z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczającego.
 - 2) W razie przekształcenia w wniosek Ubezpieczającego Głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, powyższą składkę zwraca się Ubezpieczającemu.
5. Towarzystwo ustala wysokość składki, jaka maksymalnie może być Alokowana do Funduszu Gwarantowanego oraz do Funduszu Gwarancji Zysku niezależnie od wskazanego przez Ubezpieczającego udziału tych Funduszy w Alokowanej składce (Limit Alokacji do Funduszu). Limit Alokacji do Funduszu stosuje się do Składek lokacyjnych, których dzień zaksięgowania na konto Umowy ubezpieczenia przypada w okresie, którego dotyczy Limit. Limit Alokacji do Funduszu dotyczy każdego z tych Funduszy oddzielnie i jest wskazany w Wykazie Oplat i Limitów.
6. Składki wskazane w ustępie bezpośrednio powyżej przeznaczone do Funduszu Gwarantowanego oraz do Funduszu Gwarancji Zysku, w części w jakiej przewyższają Limit Alokacji do Funduszu są Alokowane do Funduszu Pieniężnego. O kolejności Alokowania składki do Funduszu Gwarantowanego i Funduszu Gwarancji Zysku decyduje data jej zaksięgowania na konto Umowy ubezpieczenia.
7. Z Rachunku podstawowego są potrącane opłaty zgodnie z zasadami wskazanymi w § 14.
8. Liczba i wartość Jednostek Funduszy zarachowywanych na Rachunku Jednostek i z niego odliczanych są zaokrąglane do 5 (piątego) miejsca po przecinku.
9. Zarachowanie Jednostek Funduszy na Rachunku Jednostek lub ich odliczenie z Rachunku Jednostek zgodnie z OWU, o ile takie zarachowanie lub odliczenie następują z tą samą datą, jest dokonywane w następującej kolejności:
 - 1) odliczenie Jednostek Funduszy tytułem potrącenia opłaty alokacyjnej;
 - 2) odliczenie Jednostek Funduszy tytułem wypłaty Wartości wykupu oraz potrącenia związanych z tym opłat, odliczenie Jednostek Funduszy tytułem potrącenia kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 3) odliczenie i zarachowanie Jednostek Funduszy tytułem zmiany Funduszy oraz odliczenie Jednostek tytułem potrącenia opłaty z tym związanej;
 - 4) odliczenie Jednostek Funduszy tytułem wypłaty Wartości Rachunku lokacyjnego oraz potrącenia opłaty z tym związanej;
 - 5) zarachowanie Jednostek Funduszy tytułem Alokacji składki.

§ 12.

KWOTA NALEŻNOŚCI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Kwota należności z tytułu Umowy ubezpieczenia określana na dany dzień jest równa sumie zaległych do tego dnia Regularnych składek ochronnych z tytułu Umowy głównej, Regularnych składek z tytułu Umów dodatkowych oraz sumie naliczonych i nieopłaconych do tego dnia odsetek za nieterminową wpłatę tych składek.
2. Odsetki za nieterminową wpłatę składek wskazanych w ustępie powyżej są obliczane według zasad określonych w Wykazie Oplat i Limitów.
3. Kwota należności z tytułu Umowy ubezpieczenia jest potrącana w przypadkach wskazanych w § 14, a ponadto zgodnie z OWU w związku z: realizacją świadczeń ubezpieczeniowych (w razie śmierci Ubezpieczonego, w razie śmierci Ubezpieczającego, w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka lub w razie dożycia), przekształceniem Umowy głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, odstąpieniem Ubezpieczającego od Umowy głównej, wypłatą Wartości wykupu lub rozwiązaniem Umowy głównej.

§ 13.

RACHUNKI JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Dla każdej Głównej umowy ubezpieczenia Towarzystwo otwiera z pierwszym dniem okresu ubezpieczenia następujące Rachunki Jednostek: Rachunek podstawowy, Rachunek lokacyjny i Rachunek świadczeń.
2. Regularna składka inwestycyjna z tytułu Umowy głównej oraz Składka lokacyjna są Alokowane na odpowiedni Rachunek Jednostek z chwilą ich zaksięgowania na konto Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 10 ust. 6. Regularna składka inwestycyjna z tytułu Umowy głównej jest Alokowana zgodnie z Wartością Jednostek Funduszy obowiązującą w późniejszym z następujących dni: dniu jej zapłaty lub ostatnim dniu terminu jej płatności. Składka lokacyjna jest Alokowana zgodnie z Wartością Jednostek Funduszy obowiązującą w dniu jej zapłaty.
3. We Wniosku ubezpieczeniowym Ubezpieczający wybiera Fundusze, na których Jednostki będą przeliczane składki oraz określa proporcje podziału Alokowanej składki pomiędzy te Fundusze (Udział Funduszy w Alokowanej składce). Wybór dotyczy Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej i ma zastosowanie również do Składek lokacyjnych. Określając Udział Funduszy w Alokowanej składce, Ubezpieczający wybiera pomiędzy Funduszami, które w dniu sporządzenia Wniosku ubezpieczeniowego są dostępne dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.
4. Fundusze, na których Jednostki są przeliczane Regularna składka inwestycyjna z tytułu Umowy głównej i Składka lokacyjna oraz Udział Funduszy w Alokowanej składce mogą zostać zmienione zgodnie z zasadami określonymi w § 17.

§ 14.

OPŁATY I INNE POTRĄCENIA Z RACHUNKU JEDNOSTEK

1. Tytułem uśrednionych kosztów dystrybucyjnych, Towarzystwo piątego dnia po Alokowaniu składki na Rachunek podstawowy potrąca z niego opłatę alokacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Oplat i Limitów.
2. Najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed Rocznicą ubezpieczenia Towarzystwo przedstawia Ubezpieczającemu informację o wysokości kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia - w podziale na kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia powstałą w bieżącym Roku ubezpieczenia oraz powstałą we wcześniejszych latach ubezpieczenia, a dotychczas w całości nie spłaconą. Jeżeli Ubezpieczający do najbliższej Rocznicy ubezpieczenia nie spłaci w całości kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia powstałej we wcześniejszych latach ubezpieczenia, wówczas w terminie 14 (czternastu) dni po tej Rocznicy ubezpieczenia Towarzystwo potrąca jej równowartość z Rachunku podstawowego uwzględniając należne podatki. Potrącenie to skutkuje zmniejszeniem kwoty należności z tytułu Umowy ubezpieczenia o kwotę otrzymaną w wyniku tego potrącenia oraz potrąceniem z Rachunku podstawowego kwoty należnych podatków.
3. Potrącenia, o których mowa w ustępach powyżej, następują poprzez odliczenie z Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy – zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości Rachunku Jednostek.
4. Towarzystwo potrąca z odpowiedniego Rachunku Jednostek opłatę za zmianę Funduszy w przypadkach wskazanych w § 16 oraz opłatę operacyjną w przypadkach wskazanych w § 18.

§ 15.

OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE I ADMINISTRACJĘ FUNDUSZEM

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

§ 16.

ZMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie Jednostek Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zgromadzonych na Rachunku podsta-

wowym lub lokacyjnym na Jednostki innego Funduszu (Zmiana Funduszy), z zastrzeżeniem zdania następnego. Przeliczenie następuje w ramach jednego Rachunku Jednostek oraz w wyniku przeliczenia nie może wzrosnąć liczba Jednostek Funduszu Gwarantowanego, ani liczba Jednostek Funduszu Gwarancji Zysku.

2. Zmieniając Fundusze Ubezpieczający wybiera pomiędzy Funduszami, które w dniu złożenia przez niego odpowiedniego wniosku są dostępne dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.
3. Tytułem wykonania operacji Zmiany Funduszy, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z Rachunku Jednostek, którego zmiana dotyczy, opłatę za Zmianę Funduszy w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów. Potrącenie to następuje poprzez odliczenie z Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy – zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości Rachunku Jednostek.
4. Zmiana Funduszy może nastąpić pod warunkiem, że Wartość Rachunku Jednostek, którego zmiana dotyczy, jest wystarczająca na potrącenie opłaty, o której mowa w ustępie bezpośrednio powyżej.
5. Zmiana Funduszy następuje w taki sposób, że:
 - 1) Wartość Rachunku Jednostek, którego zmiana dotyczy, zostaje zachowana z zastrzeżeniem postanowień ust. 3;
 - 2) przeliczenie Jednostek następuje w terminie 7 (siedmiu) Dni roboczych od otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego;
 - 3) przeliczenie Jednostek następuje według ich Wartości obowiązującej w dniu przeliczenia.

§ 17.

ZMIANA UDZIAŁU FUNDUSZY W ALOKOWANEJ SKŁADCE

1. Ubezpieczający może zmienić Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, na których Jednostki będzie przeliczana określona część wpłaconej przez niego Składki ubezpieczeniowej lub zmienić proporcje jej podziału pomiędzy wybrane Fundusze (Zmiana udziału Funduszy w Alokowanej składce).
2. Zmieniając Udział Funduszy w Alokowanej składce Ubezpieczający wybiera pomiędzy Funduszami, które w dniu złożenia przez niego odpowiedniego wniosku są dostępne dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU, chyba że strony umówią się inaczej.
3. Zmiana Udziału Funduszy w Alokowanej składce następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i ma zastosowanie do składek, które po zmianie są Alokowane na Rachunek Jednostek, którego zmiana dotyczy.

§ 18.

WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU LOKACYJNEGO

1. Ubezpieczający może wypłacić część albo całość Wartości Rachunku lokacyjnego (Wypłata Wartości Rachunku lokacyjnego).
2. Wypłacana wartość nie może być wyższa niż Wartość wykupu, jaka na dzień ustalenia wysokości Wypłaty Wartości Rachunku lokacyjnego przysługiwałaby w razie rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia.
3. Wypłata Wartości Rachunku lokacyjnego następuje poprzez odliczenie z tego Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy, które Ubezpieczający wskazał we wniosku. Odliczenie następuje zgodnie z Wartością Jednostki Funduszu obowiązującą w dniu ustalenia wysokości tej Wypłaty. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Funduszu, wtedy odlicza się Jednostki wszystkich Funduszy proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek danego Funduszu w Wartości Rachunku lokacyjnego. Jeżeli Ubezpieczający wskazał Fundusz, ale wartość Jednostek tego Funduszu jest niewystarczająca, wtedy powyższa zasada odnosi się do różnicy pomiędzy wnioskowaną kwotą Wypłaty a wartością Jednostek wskazanego Funduszu.
4. Kwotę wypłacanej Wartości Rachunku lokacyjnego ustala się w terminie 7 (siedmiu) dni a jej wypłaty dokonuje się w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 23 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
5. Tytułem wykonania operacji Wypłaty Wartości Rachunku lokacyjnego, Towarzystwo w tym samym dniu potrąca z tego Rachunku opłatę operacyjną w wysokości wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów.
6. Potrącenie opłaty operacyjnej następuje poprzez odliczenie z Rachunku lokacyjnego odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy – zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości rachunku lokacyjnego.

19.

ZAPRZESTANIE OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA

1. W razie nieopłacenia w terminie Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając mu dodatkowy przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin na zapłacenie tej składki, licząc od otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa.
2. Jeżeli zaległa Składka regularna z tytułu Umowy ubezpieczenia nie zostanie opłacona w powyższym terminie i Umowa ubezpieczenia nie może zostać przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej zgodnie z § 20, wtedy Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem wskazanym w wezwaniu Towarzystwa, z zastrzeżeniem zdania następnego. Jeżeli Wartość Rachunku świadczeń jest wyższa od zera, wówczas Główna umowa ubezpieczenia przekształca się w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.

§ 20.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA REGULARNYCH SKŁADEK INWESTYCYJNYCH Z TYTUŁU UMOWY GŁÓWNEJ

1. Jeżeli zostały opłacone wszystkie Składki regularne z tytułu Umowy ubezpieczenia należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, a nie została opłacona w terminie Składka regularna należna w czwartym lub następnym latach ubezpieczenia, wówczas Umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej. Przekształcenie takie następuje tylko wtedy, gdy Wartość Rachunku świadczeń jest wyższa od zera lub Wartość wykupu, jaka przysługiwałaby w razie rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia jest na dzień wezwania Towarzystwa do zapłaty zaległej składki, o którym mowa w § 19 ust.1, większa od kwoty równej odpowiedniej krotności bieżącej Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia:
 - 1) dwunastokrotności – w przypadku Składki regularnej opłacanej z częstotliwością miesięczną;
 - 2) czterokrotności – w przypadku Składki regularnej opłacanej z częstotliwością kwartalną;
 - 3) dwukrotności – w przypadku Składki regularnej opłacanej z częstotliwością półroczną;
 - 4) jednokrotności – w przypadku Składki regularnej opłacanej z częstotliwością roczną.
2. Przekształcenie w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej następuje z ostatnim dniem terminu płatności pierwszej zaległej Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia z zawieszoną płatnością Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej funkcjonuje na dotychczasowych zasadach z zastrzeżeniem, że:
 - 1) nie są należne te Regularne składki inwestycyjne z tytułu Umowy głównej, których ostatni dzień terminu płatności przypada w okresie zawieszenia;
 - 2) w dalszym ciągu są należne Regularne składki ochronne z tytułu Umowy głównej oraz Regularne składki z tytułu Umów dodatkowych;
 - 3) warunki ochrony ubezpieczeniowej pozostają niezmienione, chyba że Dodatkowa umowa ubezpieczenia stanowi inaczej;
 - 4) Towarzystwo nie proponuje Ubezpieczającemu Indeksacji zgodnie z § 11 ust. 6;
 - 5) Ubezpieczający nie może zmieniać częstotliwości opłacania Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia;
 - 6) Ubezpieczający nie może zawierać Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Pod warunkiem opłacenia bieżącej Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia w całości, Ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na powrót do opłacania Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej.

§ 21.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Jeżeli zostały opłacone wszystkie Składki regularne z tytułu Umowy ubezpieczenia należne za pierwsze trzy lata ubezpieczenia, Ubezpieczający może wnioskować o zgodę Towarzystwa na przekształcenie Głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
 - 1) Wniosek Ubezpieczającego o takie przekształcenie zostanie zrealizowany tylko wtedy, gdy w dniu przekształcenia suma Wartości wszystkich Rachunków Jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 4 pkt 2, jest przynaj-

mniej równa kwocie wskazanej w Wykazie Opłat i Limitów (minimalna wartość do przekształcenia Umowy głównej w umowę ubezpieczenia bezskładkowego).

- 2) Przekształcenie to następuje z dniem wskazanym w zgodzie Towarzystwa na takie przekształcenie.
2. Jeżeli Ubezpieczający złożył wniosek o wypłatę Wartości wykupu i jednocześnie Wartość Rachunku świadczeń jest wyższa od zera, to z chwilą ustalenia Wartości wykupu Główna umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
3. W dniu spełnienia świadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 7 Główna umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego.
4. Z dniem przekształcenia Głównej umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego zasady funkcjonowania Umowy ubezpieczenia zmieniają się następująco:
 - 1) podstawowa suma ubezpieczenia jest równa zeru;
 - 2) wszystkie Dodatkowe umowy ubezpieczenia zostają rozwiązane, a Towarzystwo potrąca z Rachunków Jednostek kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia. Potrącenie to następuje w pierwszej kolejności z Rachunku lokacyjnego, następnie z Rachunku podstawowego i na końcu z Rachunku świadczeń. Potrącenie następuje poprzez odliczenie z Rachunku Jednostek odpowiedniej liczby Jednostek Funduszy – zgodnie z Wartością Jednostki danego Funduszu w dniu potrącenia i proporcjonalnie do udziału Wartości Jednostek tego Funduszu w Wartości Rachunku Jednostek;
 - 3) Składki regularne z tytułu Umowy ubezpieczenia nie są należne;
 - 4) Ubezpieczający nie może zawierać Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) powrót do opłacania Składek regularnych z tytułu Umowy ubezpieczenia nie jest możliwy.

§ 22.

UPRAWNIENI DO ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić Uposażonych, którym w częściach procentowych określonych przez niego zostanie – zgodnie z § 3 ust. 2 zdanie drugie oraz § 6 – wypłacone świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem poniższych postanowień:
 - 1) Ubezpieczony może wskazać do 50 (pięćdziesięciu) procent łącznego udziału Uposażonych w świadczeniu ubezpieczeniowym w razie śmierci Ubezpieczonego, wskazanym w § 3 ust. 2 zdanie drugie.
 - 2) Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a nie określił ich udziału w przysługującej im części świadczenia ubezpieczeniowego, albo suma ich udziałów w przysługującej im części świadczenia ubezpieczeniowego 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.
 - 3) Jeżeli wszyscy Uposażeni zmarli przed śmiercią Ubezpieczonego, wtedy przysługująca im część świadczenia ubezpieczeniowego przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców Ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie ubezpieczeniowe przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.
2. Świadczenie w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka jest wypłacane:
 - 1) Ubezpieczającemu – w zakresie Wartości Rachunku podstawowego oraz Wartości Rachunku lokacyjnego;
 - 2) Ubezpieczonemu, jeśli pozostaje on przy życiu – w zakresie części Wartości Rachunku świadczeń pochodzącej ze spełnienia świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej temu Ubezpieczonemu;
 - 3) Uposażonemu, jeśli Ubezpieczony nie żyje – w zakresie części Wartości Rachunku świadczeń pochodzącej ze spełnienia świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej temu Ubezpieczonemu.
3. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie dożycia jest wypłacane Ubezpieczonemu dziecku.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci Ubezpieczającego wskazane w § 3 ust. 10 jest wypłacane Ubezpieczonemu dziecku.

§ 23.

SPEŁNIENIE ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Spełnienie świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego, śmierci Ubezpieczającego lub śmierci Ubezpieczonego dziecka następuje po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to Zdarzenie oraz wyjaśnieniu

okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Dokumentem potwierdzającym Zdarzenie ubezpieczeniowe jest odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego, a jeżeli Zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wtedy jest nim dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło Zdarzenie ubezpieczeniowe.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym, Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia ubezpieczeniowego o tym, jakie dokumenty potwierdzające to Zdarzenie oraz jego uprawnienie do świadczenia ubezpieczeniowego są potrzebne do jego wypłaty.
3. Świadczenia ubezpieczeniowe są wypłacane w złotych polskich – przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. Towarzystwo spełnia świadczenie ubezpieczeniowe w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
5. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym w ustępie bezpośrednio powyżej, wówczas świadczenie ubezpieczeniowe zostanie spełnione w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo pisemnie zawiadamia osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także realizuje bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo pisemnie poinformuje o tym osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę realizacji świadczenia ubezpieczeniowego.

§ 24.

SKUTKI PODANIA NIEPRAWDZIWYCH INFORMACJI

1. Ubezpieczający jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu Wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem Głównej umowy ubezpieczenia. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten dotyczy również przedstawiciela i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. Obowiązki określone w zdaniach poprzedzających dotyczą zarówno Ubezpieczającego, jak i Osób ubezpieczonych, jeżeli umowa jest zawierana na cudzy rachunek.
2. Jeżeli niezgodnie z prawdą podano do wiadomości Towarzystwa okoliczności, o których mowa w ustępie powyżej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki tych okoliczności w zakresie wskazanego w § 3 ust. 1 i § 6 ust. 2 świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego w części dotyczącej podstawowej sumy ubezpieczenia. Jeżeli obowiązki, o których mowa w ustępie powyżej, zostały naruszone z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
3. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpi po upływie 3 (trzech) lat od zawarcia Głównej umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może argumentować, że przy jej zawarciu podano informacje nieprawdziwe.

§ 25.

ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wnioskować o zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, o podwyższenie wysokości Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej w granicach wskazanych w § 11 lub o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej zgodnie z § 2 ust. 3 pod warunkiem, że Ubezpieczonemu dziecku pozostaje przy życiu, nie trwa zawieszenie płatności Regularnych składek inwestycyjnych z tytułu Umowy głównej, Umowa ubezpieczenia nie została przekształcona w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, lub nie jest spełniane świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Składki.
2. W przypadku, gdy Ubezpieczający złożył wniosek o podwyższenie wysokości Regularnej składki inwestycyjnej z tytułu Umowy głównej, Towarzystwo poinformuje go o limicie wskazanym w § 11 ust. 2, mającym zastosowanie w Umowie głównej.

§ 26.

ODSTĄPIENIE OD GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od Głównej umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy. W takim przypadku ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
2. W razie odstąpienia przez Ubezpieczającego od Głównej umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ustępie powyżej Towarzystwo zwraca mu wpłaconą Składkę ubezpieczeniową, przy czym ma prawo potrącić jej część za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem zdań następnych. Jeżeli wpłacono Składkę lokacyjną, to zamiast tej części Składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaca Wartość Rachunku lokacyjnego. Jeżeli Ubezpieczający lub Ubezpieczony wystąpił z wnioskiem o udostępnienie wyników badań analitycznych i lekarskich, o których mowa w § 8 ust. 4, Towarzystwo ma prawo do potrącenia ze zwracanych kwot kosztów tych badań.
3. Ubezpieczający może odstąpić od Głównej umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu (Roczna informacja). W przypadku takiego odstąpienia ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
4. W razie odstąpienia przez Ubezpieczającego od Głównej umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ustępie bezpośrednio powyżej, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu sumę Wartości Rachunku podstawowego i Wartości Rachunku lokacyjnego, po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz o opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent wartości Rachunku podstawowego, która nie przewyższy opłaty za wykup.
5. Dodatkowo, w przypadku wskazanym w ustępie bezpośrednio powyżej Towarzystwo wypłaca:
 - 1) Ubezpieczonemu albo Ubezpieczonemu dziecku, jeśli Ubezpieczony nie żyje – Wartość Rachunku świadczeń w części pochodzącej ze spełnienia świadczeń z tytułu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej temu Ubezpieczonemu
albo
 - 2) spadkobiercom Ubezpieczonego dziecka po jego śmierci – Wartość Rachunku świadczeń.
6. Kwoty, o których mowa w ustępach powyżej ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy, a ich wypłata następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo tego oświadczenia, chyba że strony uzgodnią inny termin. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 23 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 27.

ROZWIĄZANIE GŁÓWNEJ UMOWY UBEZPIECZENIA

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

- 1) z dniem ustalenia Wartości wykupu, o ile przed takim ustaleniem Wartość Rachunku świadczeń była równa zero;
- 2) z końcem ostatniego dnia Miesiąca ubezpieczenia, w którym Wartość wszystkich Rachunków Jednostek po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia jest mniejsza lub równa zero;
- 3) z chwilą śmierci ostatniej z Osób ubezpieczonych;
- 4) z dniem rezygnacji Ubezpieczonego z ochrony ubezpieczeniowej, chyba że drugi Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową;
- 5) z dniem rezygnacji Ubezpieczonego dziecka z ochrony ubezpieczeniowej;
- 6) z dniem wypłaty świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego dziecka, chyba że jest kontynuowana ochrona ubezpieczeniowa na rzecz Ubezpieczonego zgodnie z § 6;
- 7) z upływem okresu, na jaki została zawarta.

§ 28.

WARTOŚĆ WYKUPU

1. W razie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę Wartości wykupu albo w przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 2, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu Wartość wykupu.
2. Wartość wykupu jest równa sumie Wartości Rachunku podstawowego i Wartości Rachunku lokacyjnego, po pomniejszeniu o kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz dodatkowo o opłatę za wykup w wysokości wskazanej w Wykazie Płat i Limitów, przy czym potrącenie opłaty za wykup następuje w przypadku, gdy Główna umowa ubezpie-

czenia została rozwiązana przed trzecią Rocznicą ubezpieczenia lub nie zostały opłacone wszystkie Składki regularne z tytułu Umowy ubezpieczenia należne w pierwszych trzech latach ubezpieczenia.

3. W razie złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o wypłatę Wartości wykupu, jej wysokość jest ustalana w terminie 7 (siedmiu) dni, a wypłata następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania przez Towarzystwo tego wniosku. W przypadku, o którym mowa w § 19 ust. 2, Wartość wykupu jest ustalana na ostatni dzień terminu wskazanego w wezwaniu Towarzystwa do zapłaty zaległej Składki regularnej z tytułu Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 19, a wypłata następuje w terminie 30 (trzydziestu) dni od ustalenia Wartości wykupu. Kwotę należności z tytułu Umowy ubezpieczenia uważa się za spłaconą z chwilą ustalenia Wartości wykupu. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 23 ust. 3 stosuje się odpowiednio.
4. Z chwilą ustalenia Wartości wykupu Główna umowa ubezpieczenia przekształca się w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, jeżeli przed takim ustaleniem Wartość Rachunku świadczeń była większa od zera, albo rozwiązuje się w pozostałych przypadkach.
5. Postanowienia ustępów powyżej stosuje się odpowiednio w razie rozwiązania Głównej umowy ubezpieczenia z innych przyczyn, o ile nie jest uzasadniona wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tej umowy ani zwrot Składki ubezpieczeniowej.

§ 29.

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.
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 ustępów powyżej.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej Ubezpieczającym, Ubezpieczonym lub uprawnionym z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem

rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl.

11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia pozwództwa do właściwego sądu.

§ 30.

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, Osoby ubezpieczonej lub jej spadkobiercy, uprawnionego z Umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 31.

UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda tej osoby. Zmiana umowy bez zgody Osoby ubezpieczonej nie może naruszać jej praw, ani praw innej osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez Osobę ubezpieczoną zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania jej OWU w formie pisemnej lub, jeżeli Osoba ubezpieczona wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Osoba ubezpieczona może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło jej informacji o postanowieniach Umowy ubezpieczenia zawartej na jej rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta – w zakresie, w jakim dotyczą one jej praw i obowiązków.
3. W przypadku Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Ubezpieczający przekazuje Osobie ubezpieczonej na piśmie lub, jeżeli wyrazi ona na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków Umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy ubezpieczenia, jeżeli ich wysokość ulega zmianie w czasie jej trwania – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo;
 - 3) o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu Ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
4. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, Ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W przypadku Umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, Osoba ubezpieczona może wystąpić z Główną umową ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu (Roczna informacja). W takim przypadku:
 - 1) Główna umowa ubezpieczenia rozwiązuje się bez zgody Ubezpieczającego, następnego dnia po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli Osoby ubezpieczonej o wystąpieniu z umowy, z zastrzeżeniem że Umowa główna nie rozwiązuje się jeśli występuje z niej wyłącznie jeden z dwojga Ubezpieczonych;
 - 2) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana danej Osobie ubezpieczonej do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało jej oświadczenie woli o wystąpieniu z umowy;
 - 3) stosuje się postanowienia § 26 ust. 4-6 – tylko wtedy, gdy z Głównej umowy ubezpieczenia występuje ostatni z dwojga Ubezpieczonych.
6. W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w Umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest Osoba ubezpieczona, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w § 23 ust. 5-6 dotyczą także Osoby ubezpieczonej.

§ 32.

ADMINISTROWANIE DANymi OSOBOWymi

1. Towarzystwo jest administratorem danych osobowych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie. Dane te są przetwarzane na podstawie:
 - 1) zgody udzielonej przez ubezpieczonego, ubezpieczającego oraz potencjalnego klienta; osobom tym przysługuje prawo wycofania zgody ze skutkiem od dnia jej wycofania co oznacza, że takie wycofanie nie zmienia skutków prawnych powstałych w okresie obowiązywania zgody;
 - 2) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
 - 3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;
 - 4) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych ubezpieczonego, osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz potencjalnego klienta.
2. Towarzystwo gromadzi dane osobowe z wykorzystaniem: formularza wniosku ubezpieczeniowego, formularza zmiany danych, formularza zgłoszenia roszczenia oraz innych dokumentów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może wykorzystywać zgromadzone dane osobowe w celu profilowania tj. doboru produktów ubezpieczeniowych, a także oceny ryzyka ubezpieczeniowego włącznie z oceną stanu zdrowia.
4. Towarzystwo w związku z oceną ryzyka ubezpieczeniowego lub rozpatrywaniem roszczenia może, na podstawie zgody osoby, której dane dotyczą oraz zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, uzyskiwać jej dane osobowe od innych zakładów ubezpieczeń, podmiotów świadczących usługi lecznicze (placówki medyczne), Narodowego Funduszu Zdrowia lub podmiotów utworzonych w jego miejsce, którym przypisane zostaną jego zadania.
5. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Towarzystwo może przekazywać dane osobowe innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji (w zakresie i celu wynikających z zawartych umów ubezpieczenia) oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej (na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).
6. Towarzystwo może, pod warunkiem uzyskania zgody danej osoby, udostępniać jej dane osobowe innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych, przy czym Grupę Aviva stanowią: Towarzystwo, jednostki powiązane z Towarzystwem w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz fundusze emerytalne i inwestycyjne zarządzane przez Towarzystwo.
7. Osoba ma prawo, w ramach obowiązujących przepisów prawa, uzyskać informacje o treści przetwarzanych jej danych osobowych, a także prawo ich poprawiania albo usunięcia – telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej tj. na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
8. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do chwili zakończenia umowy ubezpieczenia, zakończenia okresu przedawnienia roszczeń z niej wynikających lub zakończenia okresu wynikającego z przepisów ustawy o rachunkowości – w zależności od tego, co nastąpi później.

§ 33.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający oraz Osoby ubezpieczone nie mogą przenieść praw przysługujących im z Umowy ubezpieczenia na osoby trzecie.
2. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem Umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy odrębnie uzgodnionej z Towarzystwem. Oświadczenie, powiadomienie lub wnioski składane w formie pisemnej powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, a także dane umożliwiające identyfikację Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej, Uposażonego lub innej osoby uprawnionej z Umowy ubezpieczenia oraz realizację ich dyspozycji. W przypadku braku takich danych, Towarzystwo poinformuje osobę składającą dyspozycję o niekompletności lub niepoprawności tej dyspozycji, zaś składająca ją osoba w celu realizacji oświadczenia, powiadomienia lub wniosku, o których mowa powyżej, jest zobowiązana do jej uzupełnienia w zakresie wskazanym powyżej i z chwilą otrzymania przez Towarzystwo takiej uzupełnionej dyspozycji rozpoczyna się bieg terminu na jej realizację.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne doku-

menty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.

4. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres Ubezpieczającego, Osoby ubezpieczonej, Uposażonego lub innego uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
5. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
6. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 34. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU są:

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

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 28 listopada 2017 roku i weszły w życie 31 grudnia 2017 roku.



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