

**OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
COMPENSA PRESTIŻ NOVA
BRP-8015**

Szanowni Państwo,

jest nam niezmiernie miło przedstawić Państwu dokumenty, na podstawie których obejmimy Państwa ochroną ubezpieczeniową.

Przedstawiamy Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015 wraz z wykazem Ubezpieczeń dodatkowych dostępnych w ubezpieczeniu Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015, pozwalających na indywidualne kształtowanie zakresu ochrony oraz wykaz i regulaminy ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Po dokonaniu oceny ryzyka ubezpieczeniowego i po zaakceptowaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wystawi Polisę, w której znajdują się m.in. szczegółowe informacje na temat typu ubezpieczenia, Okresu ubezpieczenia, sum ubezpieczenia i należnych składek za Ubezpieczenie podstawowe i Ubezpieczenia dodatkowe.

Prosimy o wnikliwe zapoznanie się z treścią tych dokumentów.

Dziękując za obdarzenie nas zaufaniem,
składamy wyrazy szacunku,



Piotr Tański
Członek Zarządu

Informacja o ochronie tymczasowej

Uprzejmie informujemy, że Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group obejmuje swoich Klientów ochroną tymczasową, na zasadach określonych w § 6 OWU. Prosimy o zapoznanie się z treścią tego paragrafu.

Agent

Imię i nazwisko Agenta _____

Nr rejestru Agenta w KNF _____

Ubezpieczający

Imię i nazwisko _____

Nr wniosku: _____



SPIS TREŚCI

INFORMACJA DOTYCZĄCA OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	5
OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	7
Postanowienia ogólne	7
Definicje	7
Przedmiot ubezpieczenia	13
Zakres odpowiedzialności Towarzystwa	13
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	14
Ochrona tymczasowa	15
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	15
Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	16
Zasady wskazywania Uposażonych	17
Wysokość sum ubezpieczenia i składki regularnej, Wartości wykupu ubezpieczenia	17
Zasady opłacania Składki regularnej i Dodatkowej składki funduszowej	19
Skutki niezapłacenia Składki regularnej	19
Alokacja Składki funduszowej i Dodatkowej składki funduszowej	20
Wyceny Jednostek	20
Zasady zamiany Składki funduszowej i Dodatkowej składki funduszowej na Jednostki	20
Zasady Konwersji Jednostek	21
Rodzaje opłat i sposób ich pobierania	21
Premia inwestycyjna	24
Częściowy wykup ubezpieczenia	24
Całkowity wykup ubezpieczenia	25
Okresowe ograniczenie prawa do częściowego i całkowitego wykupu ubezpieczenia	26
Cesja praw i obowiązków z Umowy ubezpieczenia	26
Zawieszenie opłacania Składek regularnych	26
Zmiany zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Składki regularnej i sumy ubezpieczenia w Okresie ubezpieczenia	27
Indeksacja Składki regularnej i sum ubezpieczenia	28
Umowa ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności	28
Dopuszczalne opóźnienia i ograniczenia w dokonywaniu operacji na rachunku Ubezpieczonego	30
Likwidacja Funduszu, zawieszenie sprzedaży Jednostek i zmiana nazwy Funduszu	30



Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie dokonywania operacji na indywidualnych rachunkach Ubezpieczeniowych	31
Ryzyko inwestycyjne, ryzyko kursowe i przechowywanie pieniędzy Ubezpieczonych	31
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	31
Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	31
Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu	32
Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia	32
Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	32
Wznowienie Umowy ubezpieczenia	33
Wypłata Świadczeń	33
Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej	35
Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	35
Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie Reklamacji przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)	36
Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	37
Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU	37
Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	39
Data wejścia w życie OWU	39
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	40
ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	43
ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	45
ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	46
ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	51
WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU COMPENSA PRESTIŻ NOVA	53
REGULAMINY UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU COMPENSA PRESTIŻ NOVA	54
WYKAZ INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	62
OŚWIADCZENIE DO WNIOSKU O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015	63



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
COMPENSA PRESTIŻ NOVA
BRP-8015**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 6 ust. 1 i 4, § 19, § 20, § 31, § 32, § 33, § 34, § 35, § 37, § 38
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 7, § 8 ust. 9, § 23 ust. 4 pkt 3), § 26 ust. 5
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 13 ust. 5 i 7, § 16 ust. 5, § 17, § 18 ust. 6, § 19 ust. 5 i 7, § 20 ust. 4 i 6, § 23 ust. 6 pkt 1), ust. 9 i 10, § 24 ust. 8, § 26 ust. 6 pkt 1), § 33 ust. 4 pkt 1), § 34 ust. 5 pkt 1), § 35 ust. 3
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 18 ust. 1 i 5, § 19, § 21, § 24 ust. 4 pkt 1), ust. 5 pkt 1), § 25



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA BRP-8015

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

§ 2. DEFINICJE

Terminy oraz nazwy użyte w OWU, Polisie oraz innych dołączonych dokumentach oznaczają:

1. Ubezpieczony – osoba fizyczna, mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończony 3 miesiąc oraz nie ukończony 65 rok życia, której życie i zdrowie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego; życie lub zdrowie Ubezpieczonego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych (zwanym dalej OWDU).

2. Ubezpieczający – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia i zobowiązany do zapłaty Składki regularnej.

3. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

4. Agent ubezpieczeniowy (Agent) – przedsiębiorca, który wykonuje działalność agencyjną na podstawie umowy agencyjnej zawartej z Towarzystwem i wpisany jest do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego.

5. Akt terroryzmu – planowane i zorganizowane działanie pojedynczych osób lub grup osób skutkujące naruszeniem istniejącego porządku prawnego, podjęte w celu zastraszenia bądź wymuszenia określonych zachowań lub świadczeń od władz państwowych i społeczeństwa, często naruszające lub zagrażające ludzkiemu życiu, zdrowiu lub mieniu.

6. Alokacja Składki – określony przez Ubezpieczonego procentowy podział odpowiednio: Składki funduszowej lub Dodatkowej składki funduszowej wskazujący, jaką część Składki funduszowej lub Dodatkowej składki funduszowej należy przekazać na zakup Jednostek wybranego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, uwzględniany przy zakupie Jednostek poszczególnych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wybranych w danej Umowie ubezpieczenia.

7. Cena Jednostki – cena ustalona podczas cyklicznych Wycen Jednostek poszczególnych UFK określonych w Regulaminach UFK.

8. Choroba – zdiagnozowany przez lekarza stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów ciała Ubezpieczonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego, w tym na czynnik chorobotwórczy: bakterię, wirusa lub pasożyta.

9. Choroba nowotworowa (Nowotwór złośliwy) – Choroba charakteryzująca się niekontrolowanym rozrostem złośliwych, patologicznych komórek niszczących zdrowe tkanki. Rozpoznanie Nowotworu złośliwego musi być potwierdzone dowodem naciekania albo badaniem histopatologicznym.

W rozumieniu OWU za Nowotwór złośliwy nie uważa się:

a) nowotworu łagodnego,

b) każdego nowotworu opisanego histopatologicznie jako stadium przedinwazyjne lub jako nowotwór in situ (Tis) np. dysplazji szyjki macicy w stadiach CIN 1-3, raka pęcherza moczowego w stadium Ta,

c) raka podstawnomórkowego i raka płaskonabłonkowego skóry,

d) czerniaka złośliwego w stadium zaawansowania T1a wg klasyfikacji TNM (czerniaka złośliwego innego niż naciekający w głąb ponad 1,5 mm; (stopeń zaawansowania wg Clarka > 4),

e) ziarnicy złośliwej (choroby Hodgkina) i chłoniaków w pierwszym stadium zaawansowania (stadia IA i IB),

f) przewlekłej białaczki limfatycznej o stopniu zaawansowania wg Rai < 3,

g) raka prostaty histopatologicznie opisywanego jako T1 (T1a lub T1b lub T1c) w klasyfikacji TNM,

h) nowotworu współistniejącego z zakażeniem wirusem HIV (np. mięsaka Kaposiego).

10. Choroba śmiertelna – nieuleczalna choroba Ubezpieczonego zdiagnozowana po raz pierwszy w Okresie ubezpieczenia i nie rokująca przeżycia przez Ubezpieczonego okresu dłuższego niż 12 miesięcy od dnia zdiagnozowania, przy czym diagnoza i rokowania, o których mowa powyżej, muszą być ustalone przez dwóch lekarzy drugiego stopnia specjalizacji w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej lub z tytułem specjalisty w dziedzinie medycyny bezpośrednio związanej z chorobą będącą podstawą ubiegania się o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej. Za dzień wystąpienia Choroby śmiertelnej uważa się dzień postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w zdaniu pierwszym.

11. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako Choroba.

12. Całkowity wykup ubezpieczenia (Całkowity wykup) – polega na wypłacie wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, na zasadach o których mowa w § 20 OWU.

13. Częściowy wykup ubezpieczenia (Częściowy wykup) – polega na wypłacie części wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku na zasadach, o których mowa w § 19 OWU.

14. Dodatkowa składka funduszowa – dodatkowa kwota pieniężna wpłacona przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa przeznaczony do dokonywania wpłat Dodatkowych składek funduszowych, niezależnie od Składki funduszowej (będącej częścią Składki regularnej), zamieniana na zasadach opisanych w § 15 OWU, na Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku dodatkowym.

15. Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego. Dniem początku odpowiedzialności jest zawsze pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego.

16. Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania – w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania, za dzień jego wystąpienia przyjmuje się w przypadku:

1) Choroby Alzheimerera (przed ukończeniem 65 roku życia) –



potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

2) Choroby Parkinsona (przed ukończeniem 65 roku życia) – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

3) Choroby Creutzfeldta-Jakoba – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

4) Choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego) – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

5) Ciężkiego oparzenia – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego powstanie oparzeń,

6) Ciężkiej Sepsy – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę, z zastrzeżeniem że dokumentacja ta musi być wystawiona przez szpital, w którym odbywało się leczenie Ubezpieczonego,

7) Cukrzycy Typu I (insulinozależnej) – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę diabetologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

8) Niedokrwistości aplastycznej – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania biopsji szpiku kostnego, której wynik potwierdził rozpoznanie Choroby,

9) Niewydolności nerek – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania pierwszej dializy, rozpoczynającej przewlekłe leczenie dializami,

10) Operacji aorty – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego,

11) Operacji wszczepienia zastawki serca – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego,

12) Operacji pomostowania aortalno-wieńcowego – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego,

13) Przeszczepu narządu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wykonania zabiegu operacyjnego,

14) Schyłkowej niewydolności wątroby – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę hepatologa po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

15) Schyłkowej niewydolności oddechowej – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę po raz pierwszy jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej wystąpienie Choroby,

16) Stwardnienia rozsianego:

a) datę upływu co najmniej 6-miesięcznego okresu utrzymujących się nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, albo

b) datę wystąpienia drugiego klinicznie udokumentowanego epizodu (przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą), albo

c) datę wystąpienia przynajmniej jednego klinicznie udokumentowanego epizodu, łącznie z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania

pływu mózgowo-rdzeniowego, jak również swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu, w zależności od tego, która z powyższych dat nastąpi jako pierwsza,

17) Śpiączki – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę odpowiadającą pierwszemu dniu wystąpienia u Ubezpieczonego Śpiączki,

18) Tężca – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza jednoznacznej diagnozy, potwierdzającej zakażenie Ubezpieczonego Tężcem,

19) Udaru mózgu – potwierdzoną wynikami badań diagnostycznych datę wystąpienia oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonany przez lekarza specjalistę neurologa,

20) Zawału serca – potwierdzoną wynikami badań diagnostycznych datę wystąpienia oraz wpisem w dokumentacji medycznej dokonany przez lekarza specjalistę kardiologa,

21) Zapalenia mózgu – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa jednoznacznej diagnozy potwierdzającej wystąpienie Choroby,

22) Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – potwierdzoną w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego datę wystawienia przez lekarza specjalistę neurologa jednoznacznej diagnozy potwierdzającej wystąpienie Choroby.

17. Dzień wystąpienia Choroby nowotworowej (Nowotworu złośliwego) – potwierdzona w dokumentacji medycznej Ubezpieczonego data oceny preparatu przez lekarza histopatologa, podczas której po raz pierwszy rozpoznano Nowotwór złośliwy.

18. Dzień Wyceny – dzień, w którym ustalana jest Cena Jednostki danego UFK, zgodnie z Regulaminem tego UFK.

19. Dzień wymagalności Składki regularnej – pierwszy dzień okresu, za który należna jest dana Składka regularna.

20. Dzień zakupu Jednostki – Dzień Wyceny, na której ustalono Cenę Jednostki danego UFK, po jakiej dokonano zakupu Jednostki danego UFK, zgodnie z Regulaminem danego UFK.

21. Dzień umorzenia Jednostki – Dzień Wyceny, na której ustalono Cenę Jednostki danego UFK, po jakiej dokonano umorzenia Jednostki danego UFK, zgodnie z Regulaminem danego UFK.

22. Dzień zapłaty Składki regularnej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa przeznaczonym do dokonywania wpłat Składek regularnych uznano Składkę regularną zapłaconą w pełnej wysokości.

23. Dzień zapłaty Dodatkowej składki funduszowej – dzień, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa przeznaczonym do dokonywania wpłat Dodatkowych składek funduszowych uznano Dodatkową składkę funduszową.

24. Indywidualny rachunek Ubezpieczonego (Indywidualny rachunek) – wyodrębniony i prowadzony przez Towarzystwo dla każdej Umowy ubezpieczenia Indywidualny rachunek Jednostek, obejmujący:

1) Rachunek podstawowy, na którym ewidencjonowane są Jednostki Funduszu zakupione za zapłaconą Składkę funduszową,

2) Rachunek dodatkowy, na którym ewidencjonowane są Jednostki Funduszu zakupione za zapłaconą Dodatkową składkę funduszową.

25. Jednostka Funduszu (Jednostka) – wyodrębniona, proporcjonalna część wartości aktywów danego Funduszu.

26. Konwersja Jednostek – zamiana Jednostek danego UFK na Jednostki innych UFK, polegająca na umorzeniu Jednostek wskazanego przez Ubezpieczonego Funduszu (Funduszy) oraz zakupie za uzyskane w ten sposób środki finansowe Jednostek innego Funduszu



(Funduszy) wskazanego przez Ubezpieczonego na zasadach, o których mowa w § 16 OWU.

27. Nieszczęśliwy wypadek – zdarzenie spełniające łącznie następujące warunki: przypadkowe, nagłe zdarzenie, wywołane wskutek działania wyłącznie Czynnika zewnętrznego i niezależne od woli ani stanu zdrowia Ubezpieczonego, w następstwie którego Ubezpieczony doznał Urazu lub zmarł.

28. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia. W przypadku Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe Inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Poważne zachorowanie i Choroba nowotworowa, objętych ochroną z tytułu Umowy podstawowej Okres ubezpieczenia trwa od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do wcześniejszego z dni: dnia poprzedzającego dzień 3 Rocznic ubezpieczenia albo dnia poprzedzającego dzień Rocznic ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia.

29. Okres Ubezpieczenia dodatkowego – okres obejmowania Ubezpieczonego, bądź Ubezpieczającego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU, liczony od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub od Rocznic ubezpieczenia do wcześniejszego z dni:

- a) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,
- b) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,
- c) ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.

W Okresie Ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek ochronnych dobrowolnych.

30. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki; ilekroć w OWU jest mowa o wersji Polisy rozumie się przez to dokument wystawiony przez Towarzystwo dla potwierdzenia zmiany warunków tej samej Umowy ubezpieczenia, której zawarcie i warunki potwierdza Polisa.

31. Poważne zachorowanie – wystąpienie u Ubezpieczonego jednego ze Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w pkt 1) – 22) poniżej, z zastrzeżeniem że w stosunku do Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia Poważnego zachorowania ukończył 3 miesiące i nie ukończył 18 roku życia zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w pkt 5), 6), 7), 9), 13), 14), 20) i 21) poniżej, a w stosunku do Ubezpieczonego, który w Dniu wystąpienia Poważnego zachorowania ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje Zdarzenia ubezpieczeniowe wskazane w pkt 1) – 6), 8) – 19) i 22) poniżej:

1) Choroba Alzheimera (przed 65 rokiem życia) – jednoznaczne rozpoznanie choroby Alzheimera (demencja przedstarcza) przed 65 rokiem życia. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki Choroby Alzheimera i demencji oraz udokumentowana wynikami badania neuroradiologicznego (np. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, pozytronowa tomografia emisyjna mózgu),

2) Choroba Creutzfeldta-Jakoba – rozpoznanie musi być uznane za "prawdopodobne", zgodnie z kryteriami określonymi przez Światową

Organizację Zdrowia (WHO) dla sporadycznej Choroby Creutzfeldta-Jakoba:

- a) postępująca demencja,
- b) wystąpienie co najmniej dwóch spośród następujących objawów klinicznych: mioklonia, zaburzenie widzenia albo uszkodzenie mózdzku, uszkodzenie układu piramidowego/pozapiramidowego, mutyzm kinetyczny,
- c) typowy zapis EEG podczas choroby (niezależnie od tego, jak długo ona trwa) lub pozytywny wynik badania białka 14-3-3 w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF),
- d) rutynowe badania nie powinny sugerować alternatywnej diagnozy; Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy.

W rozumieniu OWU za Chorobę Creutzfeldta-Jakoba nie uważa się jatrogennej i rodzinnej postaci Choroby Creutzfeldta-Jakoba oraz tzw. wariantu Choroby Creutzfeldta-Jakoba,

3) Choroba Parkinsona (przed 65 rokiem życia) – jednoznaczne rozpoznanie idiopatycznej lub pierwotnej Choroby Parkinsona (wykluczeniu podlegają wszystkie pozostałe postaci parkinsonizmu) przed 65 rokiem życia, które musi być potwierdzone przez specjalistę. Choroba musi skutkować trwałą niezdolnością do samodzielnego wykonywania trzech lub więcej czynności życia codziennego: kąpiel (zdolność do mycia się w wannie lub pod prysznicem), ubieranie się (zdolność do zakładania, zdejmowania, zapinania i rozpinania ubrań), higiena osobista (zdolność do korzystania z toalety i utrzymania odpowiedniego poziomu higieny), mobilność (zdolność do poruszania się w domu po równej powierzchni), kontrola zwieraczy (świadoma kontrola nad zwieraczami pęcherza moczowego i odbytu), jedzenie/picie (samodzielne spożywanie posiłków; ale nie przygotowywanie posiłków) lub też musi ona skutkować trwałym przykuciem do łóżka i niezdolnością do wstania bez pomocy osób trzecich. Wszystkie powyższe warunki muszą być medycznie udokumentowane przez okres co najmniej 3 miesięcy,

4) Choroba neuronu ruchowego (stwardnienie zanikowe boczne) – nieuleczalna, postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego, która prowadzi do wybiórczego uszkodzenia obwodowego (dolnego) i ośrodkowego (górnego) neuronu ruchowego, poprzez zniszczenie komórek rogów przednich rdzenia kręgowego, jąder nerwów czaszkowych rdzenia przedłużonego oraz neuronów drogi piramidowej. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza specjalistę neurologa poprzez:

- a) potwierdzenie obecności: uszkodzenia dolnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym, elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz uszkodzenia górnego neuronu ruchowego (w badaniu klinicznym) oraz postępujących zaburzeń ruchowych w danym obszarze lub pojawienia się ich w innych obszarach (na podstawie wywiadu lub w badaniu klinicznym),



b) wykluczenie: innych jednostek chorobowych tłumaczących uszkodzenie górnego lub dolnego neuronu ruchowego (w badaniu elektromiograficznym (EMG) lub neuropatologicznym) oraz innych jednostek chorobowych, mogących tłumaczyć zaburzenia kliniczne i elektrofizjologiczne (w badaniu neuroobrazowym: tomografii komputerowej (TK) lub magnetycznego rezonansu jądrowego (MRI)). Wszystkie wymienione w pkt a) objawy muszą być medycznie udokumentowane i utrzymywać się trwale przez okres co najmniej 3 miesiące,

5) Ciężkie oparzenia – termiczne lub chemiczne uszkodzenie powłok skórnych III stopnia (zniszczenie całej grubości skóry właściwej), wymagające hospitalizacji i obejmujące ponad 20% powierzchni ciała. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się „regułę dziewiątek”.

6) Ciężka Sepsa – zespół ogólnoustrojowej reakcji zapalnej wywołany: zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym, wirusowym albo pasożytniczym), rozległym urazem, oparzeniem, rozległymi zabiegami operacyjnymi i ich powikłaniami, w następstwie którego rozwija się powikłanie pod postacią niewydolności wielonarządowej (nieprawidłowe działanie dwóch lub więcej narządów albo układów, do których zaliczamy: ośrodkowy układ nerwowy, układ krążenia, układ oddechowy, układ moczowy, układ krwiotwórczy i układ pokarmowy, wątrobę). W rozumieniu niniejszej definicji za Poważne zachorowanie nie uważa się Ciężkiej Sepsy, która spowodowana została przez ekspozycję Ubezpieczonego na substancje chemiczne oraz w wyniku zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS). Rozpoznanie musi być potwierdzone w dokumentacji medycznej wystawionej przez szpital, w którym prowadzone było leczenie Ubezpieczonego,

7) Cukrzyca typu I (insulinozależna) – rozpoznany przez lekarza specjalistę diabetologa proces chorobowy o podłożu autoimmunologicznym prowadzący do powolnego zniszczenia produkujących insulinę komórek β wysp trzustkowych (wysepek Langerhansa), w następstwie którego dochodzi do utraty zdolności wydzielania insuliny przez trzustkę oraz konieczności stałego uzupełniania jej niedoborów insuliną, podawaną do organizmu z zewnątrz,

8) Niedokrwistość aplastyczna – jednoznaczne rozpoznanie niewydolności szpiku kostnego potwierdzone przez specjalistę i udokumentowane wynikiem biopsji szpiku kostnego. Choroba musi prowadzić do co najmniej 2 z 3 następujących zmian: reticulocytopenii, neutropenii i małopłytkowości i musi wymagać leczenia co najmniej jedną z poniższych metod:

- a)** przetoczenie produktu krwiopochodnego,
- b)** czynniki stymulujące odbudowę szpiku kostnego,
- c)** środki immunosupresyjne,
- d)** przeszczep szpiku kostnego.

W rozumieniu OWU za niedokrwistość aplastyczną nie uważa się izolowanej aplazji linii erytropoetycznej.

9) Niewydolność nerek – stadium nieodwracalnej i całkowitej niewydolności nerek, wymagające stałego, przewlekłego stosowania dializ lub transplantacji nerki,

W rozumieniu OWU za Niewydolność nerek nie uważa się ostrej niewydolności nerek, w tym niewydolności powstałej w wyniku zatrucia lub wstrząsu, nawet jeżeli konieczne było przejściowe zastosowanie dializy,

10) Operacja aorty – chirurgiczne leczenie choroby aorty polegające na zastąpieniu części aorty przez przeszczep (graft). Przez aortę rozumie się jedynie aortę piersiową i brzuszную, a nie jej dalsze odgałęzienia. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Poważnego zachorowania – Operacji aorty w przypadku:

- a)** gdy do operacji aorty doszło w związku z przebyłym Urazem,
- b)** jakiegokolwiek innego, niż wyżej wymieniony rodzaj operacji, zabiegu dotyczącego aorty,
- c)** operacji odcinka aorty innego niż piersiowy lub brzuszny,
- d)** przeszskórnej implantacji stentu-graftu do aorty bez otwierania klatki piersiowej lub jamy brzusznej,

11) Operacja wszczepienia zastawki serca – wszczepienie po raz pierwszy protezy zastawki serca (mechanicznej lub biologicznej), wykonane metodą na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym.

W rozumieniu OWU za Operację wszczepienia zastawki serca nie uważa się:

- a)** operacji naprawczej,
- b)** rekonstrukcji zastawki,
- c)** plastyki zastawki,
- d)** walwulotomii,

12) Operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) – operacja przeprowadzana na otwartym sercu, polegająca na wszczepieniu dwóch lub więcej pomostów aortalno-wieńcowych, wykonana celem leczenia choroby naczyń wieńcowych.

W rozumieniu OWU za Operację pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass) nie uważa się:

- a)** zabiegu przeszskórnej angioplastyki wieńcowej (PTCA),
- b)** każdego innego niż wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych, zabiegu na naczyniach wieńcowych, także z implantacją stentu,
- c)** każdej innej operacji mającej na celu leczenie innych chorób serca,
- d)** zabiegów z użyciem technik torakoskopowych,

13) Przeszczep narządu – leczenie operacyjne polegające na przeszczepieniu jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek pochodzenia ludzkiego: wątroby, nerki, trzustki, jelita cienkiego, serca, płuc, szpiku kostnego, pod warunkiem wykonania tego zabiegu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub za granicą na podstawie decyzji działającego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej ośrodka transplantologii.

W rozumieniu OWU za Przeszczep narządu nie uważa się przeszczepu:

- a)** narządu sztucznego,
- b)** fragmentu narządu, w szczególności zastawek serca lub wysepek Langerhansa,

14) Schyłkowa niewydolność wątroby – całkowite i nieodwracalne upośledzenie funkcji wątroby, z występowaniem encefalopatii (śpiączki) wątrobowej, zaburzeń krzepnięcia, wodobrzusza, żółtaczką,

15) Schyłkowa niewydolność oddechowa – schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:

- a)** natężona objętość wydechu jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach,
- b)** konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię,
- c)** ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO₂) poniżej 55 mmHg,
- d)** duszność spoczynkowa,

16) Stwardnienie rozsiane – przewlekła, postępująca choroba demielinizacyjna układu nerwowego, rozpoznana zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej przez dwóch specjalistów w dziedzinie neurologii. Dla potwierdzenia rozpoznania Ubezpieczony musi prezentować nieprawidłowości w badaniu neurologicznym, utrzymujące się w sposób ciągły przez okres przynajmniej 6 miesięcy lub mieć klinicznie udokumentowane przynajmniej dwa epizody oddzielone od siebie przynajmniej miesięczną przerwą lub przebyty przynajmniej jeden klinicznie udokumentowany epizod łącznie



z charakterystycznym dla choroby wynikiem badania płynu mózgowo-rdzeniowego i swoistymi zmianami demielinizacyjnymi w magnetycznym rezonansie jądrowym mózgu,

17) Tężec – zakażenie przyranne zarodnikami laseczki tężca (*Clostridium tetani*), poparte dodatnim wywiadem co do skałeczeń oraz objawami klinicznymi, wymagające hospitalizacji i leczenia immunoglobuliną przeciwtężcową i anatoksyną,

18) Udar mózgu – ostry incydent naczyniowo-mózgowy wywołujący trwałe następstwa i objawy neurologiczne utrzymujące się dłużej niż 90 dni, obejmujący:

a) krwotok wewnątrzczaszkowy lub podpajęczynówkowy, lub

b) zator materiałem pochodzenia pozaczaszkowego, lub

c) zawał tkanki mózgowej.

Rozpoznanie Udaru mózgu musi być potwierdzone badaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W rozumieniu OWU za Udar mózgu nie uważa się:

a) przejściowych ataków niedokrwiennych mózgu (TIA),

b) przedłużonych odwracalnych niedokrwiennych ubytków neurologicznych (PRIND),

c) objawów mózgowych spowodowanych migreną,

d) zaburzeń ukrwienia układu przedstonkowego lub nerwu wzrokowego,

e) uszkodzenia mózgu spowodowanego urazem (krwotoki pourazowe),

f) uszkodzenia mózgu w wyniku niedotlenienia (np. w wyniku zatrzymania krążenia lub oddechu),

g) udaru mózgu rozpoznanego jako przebyty w przeszłości, np. na podstawie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

h) skutków choroby dekompresyjnej,

i) uszkodzenia mózgu spowodowanego przewlekłym niedokrwieniem,

19) Zawał serca – pełnościenna martwica mięśnia sercowego.

W rozumieniu OWU Zawał serca oznacza:

a) wykrycie wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych (zwłaszcza troponiny), z co najmniej jedną wartością przekraczającą górną granicę normy oraz z co najmniej jednym z wymienionych niżej dowodów niedokrwienia mięśnia sercowego:

i) objawy kliniczne niedokrwienia mięśnia sercowego (m.in. ból w klatce piersiowej),

ii) zmiany w EKG wskazujące na świeże niedokrwienie – nowe zmiany ST-T lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa,

iii) powstanie patologicznych załamek Q w EKG,

iv) dowody w badaniach obrazowych ukazujące nowe odcinkowe zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, lub

b) w przypadku przezskórnych interwencji wieńcowych (angioplastyka) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 3-krotnie górną granicę normy, lub

c) w przypadku pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass) przy prawidłowych wyjściowych stężeniach troponin – wzrost stężeń biomarkerów sercowych przekraczający 5-krotnie górną granicę normy, w połączeniu z pojawieniem się jednego z następujących objawów:

i) z nowymi patologicznymi załamekami Q lub nowo powstałym blokiem lewej odnogi pęczka Hisa,

ii) z udokumentowanym angiograficznie zamknięciem nowego pomostu (by-pass) lub własnej tętnicy wieńcowej,

iii) z dowodami na nową martwicę mięśnia sercowego w badaniu obrazowym.

W rozumieniu OWU za Zawał serca nie uważa się zawału

rozpoznanego jako przebyty przed pierwszym dniem Okresu ubezpieczenia na podstawie obrazu EKG, echokardiografii lub innych badań diagnostycznych,

20) Zapalenie mózgu – jednoznaczne stwierdzenie choroby spowodowanej procesem zapalnym umiejscowionym w tkance mózgowej, wywołanej zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym, prowadzącą do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu,

21) Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – jednoznaczne zdiagnozowanie choroby spowodowanej procesem zapalnym umiejscowionym w oponie miękkiej, wywołanej zakażeniem wirusowym lub bakteryjnym, prowadzącej do istotnych powikłań trwających nie krócej niż 3 miesiące, w tym do trwałego deficytu neurologicznego (umysłowego, piramidowego i narządów zmysłu) zdiagnozowanego w badaniu neurologicznym i wynoszącego łącznie ponad 75% trwałego uszczerbku na zdrowiu,

22) Śpiączka – spowodowany Chorobą inną niż wymienione w pkt 1) – 21) powyżej lub Nieszczęśliwym wypadkiem stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin, którego skutkiem jest wystąpienie trwających co najmniej 90 dni deficytów neurologicznych.

W rozumieniu OWU nie jest Śpiączką stan nieprzytomności, z całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, przebiegający z zaburzeniami odruchowych funkcji wegetatywnych, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia w sposób stały i nieprzerwany przez okres co najmniej 96 godzin powstały wskutek użycia przez Ubezpieczonego alkoholu lub leków z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz wskutek świadomego samookaleczenia się, usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego lub samookaleczenia się lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego.

32. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³.

W rozumieniu OWU i odpowiednich OWDU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

33. Regulamin funduszu (Regulamin) – dokument określający politykę inwestycyjną Funduszu, częstotliwość i metodę Wycen, Dzień Wyceny Jednostek Funduszu oraz wysokość opłat za zarządzanie Funduszem pobieranych ze środków Funduszu; Regulamin funduszu stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.



34. Reklamacja – wystąpienie skierowane do Towarzystwa przez będącego osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

35. Rocznicą ubezpieczenia – rocznica Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

36. Rok (Lata) ubezpieczenia – 12-miesięczny okres (okresy) liczony od Dnia początku odpowiedzialności i odpowiednio od kolejnych Rocznic ubezpieczenia.

37. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 41 ust. 15 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

38. Składka regularna (Składka) – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierdzenia w Polisie, obejmująca:

1) Składkę za Ubezpieczenie podstawowe, która dzielona jest wg następującej proporcji na:

a) Składkę funduszową – stanowiącą 85% Składki za Ubezpieczenie podstawowe – będącą kwotą, która zamieniana jest, na zasadach opisanych w § 15 OWU, na Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku podstawowym,

b) Składkę ochronną – stanowiącą 15% Składki za Ubezpieczenie podstawowe – będącą kwotą należną z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, która:

i) przeznaczona jest na pokrycie kosztów udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Choroba nowotworowa Ubezpieczonego i Poważne zachorowanie Ubezpieczonego,

ii) pokrywa koszty ochrony ubezpieczeniowej w następującej proporcji: 20% – śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku; 20% – Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku; 30% – Choroba nowotworowa Ubezpieczonego i 30% – Poważne zachorowanie Ubezpieczonego. Składka ochronna nie jest zamieniana na Jednostki Funduszy,

iii) z zastrzeżeniem ppkt iv) powyżej, pobierana jest do wcześniejszego z dni: dnia poprzedzającego 3 Rocznicę ubezpieczenia albo dnia poprzedzającego Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 lat,

iv) pobierana jest również po dniu wskazanym w ppkt iii) powyżej, w sytuacji gdy Ubezpieczający nie opłacił w terminie należnej Składki regularnej w wyniku czego niemożliwe było terminowe pobranie Składki ochronnej na pokrycie kosztów udzielanej przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w ppkt i) powyżej,

v) przestaje być należna od dnia następującego po dniu wskazanym w ppkt iii) powyżej, o ile nie zaistniała sytuacja wskazana w ppkt iv) powyżej, a jej dotychczasowa wartość w wysokości 15% Składki za Ubezpieczenie podstawowe zostaje zaliczona w poczet Składki funduszowej co oznacza, że całość Składki za Ubezpieczenie podstawowe stanowić będzie Składka funduszowa,

2) Składkę za Ubezpieczenia dodatkowe (Składkę ochronną dobrowolną) – kwotę należną z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, która służy pokryciu kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych. Składka ochronna dobrowolna nie jest zamieniana na Jednostki Funduszy.

39. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota pieniężna wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU lub odpowiednich OWDU, z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

40. Tabela procentowej oceny Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – Załącznik nr 2 do OWU stanowiący integralną część OWU zawierający wykaz rodzajów Trwałego inwalidztwa objętych ochroną ubezpieczeniową Towarzystwa oraz odpowiedni dla danego Trwałego inwalidztwa procent utraty zdrowia; zastosowane w Tabeli określenia oznaczają:

1) utrata – całkowita anatomiczna utrata narządu,

2) usztywnienie – całkowite i trwałe zniesienie ruchomości w stawie,

3) porażenie – całkowite i trwałe pozbawienie funkcji nerwów.

41. Trwałe inwalidztwo – występujące u Ubezpieczonego, będące następstwem Nieszczęśliwego wypadku naruszenie sprawności organizmu polegające na trwałym uszkodzeniu ciała lub rozstroju zdrowia, które powoduje trwałe, nieodwracalne i nie rokujące z punktu widzenia wiedzy medycznej poprawy upośledzenie jego funkcji. Ochrona ubezpieczeniowa Towarzystwa obejmuje tylko i wyłącznie te przypadki Trwałego inwalidztwa, które wymienione zostały w Tabeli procentowej oceny Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, stanowiącej Załącznik nr 2 do OWU.

42. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe ubezpieczenie indywidualne, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich ogólnych warunków Ubezpieczeń dodatkowych jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego.

43. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.

44. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (UFK, Fundusz kapitałowy, Fundusz) – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa o polityce inwestowania i poziomie ryzyka określonych w Regulaminie funduszu, podzielona na równe części, zwane Jednostkami Funduszu. Towarzystwo może oferować różne Fundusze do różnych Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU.

45. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU, której przedmiotem jest Ubezpieczenie podstawowe oraz – o ile Ubezpieczający zwróci się do Towarzystwa o rozszerzenie odpowiedzialności Towarzystwa – Ubezpieczenia dodatkowe na podstawie odpowiednich OWDU.

46. Uraz – uszkodzenie tkanek ciała lub narządów Ubezpieczonego wskutek działania Czynnika zewnętrznego.

47. Wiek – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego.

48. Wartość wykupu ubezpieczenia – kwota pieniężna ustalona przez Towarzystwo na dany dzień w celu: udzielenia Ubezpieczonemu albo Ubezpieczającemu informacji o stanie Indywidualnego rachunku, albo realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia, albo realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia, przy obliczaniu której stosuje się następującą regułę:



1) w pierwszej kolejności ustala się wartość Jednostek Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku (biorąc odpowiednio pod uwagę: wszystkie zgromadzone Jednostki – przy udzielaniu informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia lub Całkowitym wykupie albo części zgromadzonych Jednostek – przy Częściowym wykupie) jako iloczyn:

a) liczby Jednostek poszczególnych Funduszy,
b) Ceny Jednostek poszczególnych Funduszy ustalonych w danym Dniu Wyceny,

2) następnie ustala się kwotę pieniężną stanowiącą Wartość wykupu ubezpieczenia poprzez pomniejszenie kwoty, o której mowa w pkt 1) powyżej odpowiednio o:

a) opłatę transakcyjną, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU – gdy dotyczy to udzielania informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia lub dokonywaniu Całkowitego wykupu ubezpieczenia, albo

b) opłatę transakcyjną, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 5) OWU – gdy dotyczy to Częściowego wykupu ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem, iż obliczona w ten sposób Wartość wykupu ubezpieczenia nie jest pomniejszona o podatek od zysków kapitałowych.

49. Zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie objęte odpowiedzialnością Towarzystwa, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę Świadczenia.

50) Wykaz funduszy – wykaz Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo, w Jednostki których mogą być lokowane Składki funduszowe i Składki dodatkowe wpłacane na podstawie OWU.

51) Załącznik nr 1 – dokument określający wysokość opłat, limity związane z Umową ubezpieczenia i inne informacje zgodnie z odwołaniami zawartymi w OWU, stanowiący integralną część OWU.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest życie i zdrowie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2. Na wniosek Ubezpieczającego – złożony we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w Rocznicę ubezpieczenia we wniosku o zmianę Umowy ubezpieczenia – zakres Ubezpieczenia podstawowego może być rozszerzony, za zgodą Towarzystwa, o Ubezpieczenia dodatkowe na podstawie i na warunkach określonych w poszczególnych OWDU.

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Zakres Ubezpieczenia podstawowego obejmuje zaistnienie w Okresie ubezpieczenia następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:

- 1) śmierć Ubezpieczonego,
- 2) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej,
- 3) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
- 4) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego,
- 5) zdiagnozowanie u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania,
- 6) powstanie u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa w wyniku Nieszczęśliwego wypadku.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 9 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 OWU Świadczenie w wysokości wyższej z kwot:

1) wartość Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, obliczona z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniach wyceny, w których dane Jednostki zostaną umorzone w celu wypłaty

Świadczenia, przy czym umorzenie Jednostek następuje w trzecim dniu roboczym następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, albo

2) suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego potwierdzona w Polisie i aktualna na dzień śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem że w przypadku wcześniejszej wypłaty z tytułu wystąpienia Choroby śmiertelnej albo dokonania Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego w okresie 12 miesięcy poprzedzających śmierć Ubezpieczonego, suma ubezpieczenia jest obniżana zgodnie z zapisami odpowiednio ust. 4 poniżej albo § 19 ust. 13 OWU.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2 powyżej zostanie powiększone o wartość Jednostek zgromadzonych na Rachunku dodatkowym, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniach wyceny, w których dane Jednostki zostaną umorzone w celu powiększenia wypłaty Świadczenia, przy czym umorzenie jednostek następuje w trzecim dniu roboczym następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

4. W przypadku zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, nie wyższe jednak niż 300 000 PLN (słownie: trzysta tysięcy złotych). Świadczenie to jest należne, o ile w dacie jego wypłaty Ubezpieczony żyje. Świadczenie, o którym mowa w zdaniu pierwszym powyżej, jest przedpłatą na poczet Świadczenia należnego z Ubezpieczenia podstawowego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, co oznacza, że pomniejsza ono kwotę Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym 3 Rocznicę ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia oraz z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 9 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 OWU dodatkowe Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia,

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia,

3) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.

6. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania



w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

7. W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego.

8. W przypadku powstania u Ubezpieczonego Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w wysokości iloczynu:

1a) sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień zaistnienia Nieszczęśliwego wypadku powodującego Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego, oraz

2a) wartości współczynnika procentowego odpowiadającego danemu rodzajowi Trwałego inwalidztwa, który wskazany jest w Tabeli procentowej oceny Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Załącznik nr 2 do OWU,

jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1b) Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną Trwałego inwalidztwa miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia,

2b) Trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku ujawniło się w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż przed upływem wcześniejszej z dat: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia,

3b) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a Trwałym inwalidztwem Ubezpieczonego.

9. Jeżeli Towarzystwo otrzyma prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o Częściowy wykup przed dniem otrzymania wniosku o wypłatę z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Towarzystwo dokona Częściowego wykupu ubezpieczenia, a następnie obliczy wysokość Świadczenia, o którym mowa w ust. 2 powyżej.

10. Jeżeli Towarzystwo otrzyma prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o Całkowity wykup ubezpieczenia przed dniem otrzymania wniosku o wypłatę z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas

Towarzystwo dokona Całkowitego wykupu ubezpieczenia. W tej sytuacji Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego, w kwocie ograniczonej do różnicy pomiędzy:

1) sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego potwierdzoną w Polisie z zastrzeżeniem, że w przypadku wcześniejszej wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby śmiertelnej albo dokonania Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego w okresie 12 miesięcy poprzedzających śmierć Ubezpieczonego, ta suma ubezpieczenia jest obniżona zgodnie z zapisami ust. 4 powyżej oraz § 19 ust. 13 OWU,

2) wartością Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniach wycen, w których dane Jednostki zostały umorzone w celu wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, jest należne, o ile ta różnica jest dodatnia oraz o ile śmierć Ubezpieczonego nastąpiła nie później niż w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie:

1) nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, lub

2) w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – po upływie terminu na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, wyznaczonego przez Towarzystwo w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 8 ust. 17 OWU.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w zakresie: śmierć Ubezpieczonego i wystąpienie u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

2) w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres w Okresie ubezpieczenia, w sytuacji określonej w § 12 ust. 2 pkt 1) OWU.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienie Poważnego zachorowania, wystąpienie Choroby nowotworowej oraz Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – wchodzących w zakres odpowiedzialności Ubezpieczenia podstawowego wygasa w przypadkach wskazanych w ust. 2 powyżej, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia,

2) w dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w Roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia.

4. Odpowiedzialność Towarzystwa w tytułu Ubezpieczeń dodatkowych wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

2) w pierwszym dniu okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych,



3) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU.

§ 6. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej polega na obowiązku wypłaty Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 9 ust. 8 OWU zgodnie z zasadami określonymi w § 9 ust. 8 OWU, Świadczenia w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie wyższego jednak niż 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania ochrony tymczasowej. Warunkiem wypłaty Świadczenia jest zajście Nieszczęśliwego wypadku będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a Nieszczęśliwym wypadkiem.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej rozpoczyna się od dnia następnego po dniu, w którym łącznie zostały spełnione następujące warunki:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego i Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

2) została zapłacona pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

3) nie rozpoczął się jeszcze Okres ubezpieczenia.

3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej kończy się w najwcześniejszym z dni:

1) dzień poprzedzający Dzień początku odpowiedzialności,

2) dzień podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

3) dzień doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wycofaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,

4) dzień zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w § 8 ust. 17 OWU,

5) dzień śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności,

6) 90-ty dzień, licząc od dnia zapłaty pierwszej Składki regularnej.

4. Towarzystwo niezależnie od spełnienia Świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu opłaconą Składkę regularną.

§ 7. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia obliczonego na zasadach określonych w § 20 OWU, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, Aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,

2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego umyślnego przestępstwa,

3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (w tym z tytułu śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku w okresie ochrony tymczasowej, o której mowa w § 6 OWU) oraz Trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli którekolwiek z tych Zdarzeń ubezpieczeniowych zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło w związku z którąkolwiek z przyczyn wskazanych w ust. 1 pkt 1) – 3) powyżej lub zaszło w następstwie bądź nastąpiło w związku z:

1) Nieszczęśliwym wypadkiem, który zaistniał przed Dniem początku odpowiedzialności, a w odniesieniu do ochrony tymczasowej – przed dniem, w którym łącznie zostały spełnione warunki o których mowa w § 6 ust. 2 OWU,

2) samookaleczeniem, okaleczeniem Ubezpieczonego na jego własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,

3) zatruciem Ubezpieczonego spowodowanym spożyciem alkoholu, użyciem narkotyków, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

4) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

5) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zażywanych zgodnie z zaleceniami lekarza, środków odurzających lub substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (zwanych dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,

6) operacją plastyczną lub zabiegiem kosmetycznym, za wyjątkiem przypadków, gdy miały one na celu usunięcie następstw Nieszczęśliwych wypadków, zaistniałych w Okresie ubezpieczenia,

7) leczeniem lub zabiegami leczniczymi lub diagnostycznymi, bez względu na to, przez kogo były wykonywane, chyba że chodziło o zalecone przez lekarza leczenie bezpośrednich następstw Nieszczęśliwego wypadku,

8) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, jeżeli Poważne zachorowanie było skutkiem Choroby, która została zdiagnozowana lub była leczona przed Dniem początku odpowiedzialności albo w okresie



6 miesięcy od tego dnia.

4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego, który został zdiagnozowany lub był leczony przed Dniem początku odpowiedzialności albo w okresie 6 miesięcy od tego dnia.

5. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, jeżeli:

1) Choroba śmiertelna Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku z Chorobą, która została zdiagnozowana lub była leczona przed Dniem początku odpowiedzialności,

2) Choroba śmiertelna Ubezpieczonego powstała w następstwie lub jej wystąpienie pozostaje w bezpośrednim związku ze zdiagnozowaniem u Ubezpieczonego zespołu nabytego niedoboru odporności (AIDS) lub zarażeniem się przez Ubezpieczonego wirusem HIV, niezależnie od tego czy diagnoza została postawiona lub zakażenie nastąpiło przed albo po Dniu początku odpowiedzialności.

6. Wysokość Świadczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa wypłacanego Ubezpieczonemu z tytułu zaistnienia jednego Nieszczęśliwego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określonej w Polisie.

7. Sumaryczna wysokość wszystkich Świadczeń na wypadek Trwałego inwalidztwa wypłaconych w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w przypadku Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie może przekroczyć 200% sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku określonej w Polisie.

§ 8. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. Podpisy umieszczone na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowią wzorce podpisów. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje:

1) wysokość Składki regularnej,

2) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, która nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci, określona dla danego Wiek Ubezpieczonego na Dzień początku odpowiedzialności w Tabeli limitów, pkt 1a) i 1b), Załącznik nr I do OWU,

3) ewentualne rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe,

4) Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa, oraz nie może być wcześniejszy niż dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający przed podpisaniem wniosku wskazanego w ust. 2 powyżej przez Ubezpieczonego zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu otrzymane od Towarzystwa OWU oraz OWDU, na podstawie których zawierana jest Umowa ubezpieczenia.

4. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje osobie zainteresowanej zawarciem Umowy ubezpieczenia, na piśmie

lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, podstawowe informacje dotyczące Umowy ubezpieczenia, a w szczególności:

1) cel i charakter Umowy ubezpieczenia,

2) wykaz przysługujących świadczeń z Umowy ubezpieczenia oraz wykaz oferowanych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach Umowy ubezpieczenia,

3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo,

4) określenie profilu ryzyka Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,

5) rekomendowany minimalny okres trwania Umowy ubezpieczenia wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

6) informację o ryzyku inwestycyjnym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje.

5. Informacje wskazane w ust. 4 powyżej określają miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

6. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje, o których mowa w ust. 4 oraz ust. 5 powyżej przed podpisaniem przez tę osobę wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do:

1) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych oraz, jeżeli przedmiotem wybranego przez Ubezpieczającego Ubezpieczenia dodatkowego jest jego życie lub zdrowie: informacji o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu,

2) Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.

8. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

9. Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, która ograniczona jest do wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, obliczonego na zasadach określonych w § 20 OWU i nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałe inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienie Poważnego zachorowania, wystąpienie Choroby nowotworowej, wystąpienie Choroby śmiertelnej oraz Ubezpieczeń dodatkowych – za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 7 – 8 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 7 – 8 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

10. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść



zarzutu, że przy zawieraniu odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została Choroba Ubezpieczonego.

11. Towarzystwo może skierować Ubezpieczonego i Ubezpieczającego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

12. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, które odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, analizę informacji podanych zgodnie z ust. 7 – 8 powyżej oraz, o ile były zlecone, analizę wyników badań medycznych,

2) uznaniu na rachunku bankowym Towarzystwa pierwszej Składki regularnej zgodnej z wysokością zadeklarowaną we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,

Towarzystwo wystawia Polisę potwierdzającą zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, oraz zleca zakup Jednostek Funduszy według procedury określonej w § 15 OWU.

13. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający i Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

14. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie, podając przyczyny odmowy oraz zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną oraz, o ile została zapłacona, Dodatkową składkę funduszową, w terminie 30 dni od daty podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

15. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest na piśmie poinformować o tym fakcie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną oraz, o ile została zapłacona, Dodatkową składkę funduszową, w terminie 30 dni od daty otrzymania od Ubezpieczającego pisemnej informacji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.

16. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisą.

17. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisę zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

18. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy, z zastrzeżeniem ust. 19 poniżej.

19. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 17 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

20. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 17 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę regularną oraz, o ile została zapłacona, Dodatkową składkę funduszową w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprzeciwu.

21. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie

akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 9. ZASADY WSKAZYWANIA UPOSAŻONYCH

1. Ubezpieczony ma prawo we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego.

2. Ubezpieczony powinien określić udział każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia, przy czym suma udziałów w kwocie Świadczenia powinna wynosić 100%.

3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, nie oznaczając ich udziału w kwocie Świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe. Jeżeli Ubezpieczony określił udział w kwocie Świadczenia tylko niektórym wskazanym Uposażonym przyjmuje się, że udział w kwocie Świadczenia pozostałych osób jest równy zero. Jeżeli suma wskazanych udziałów w kwocie Świadczenia nie jest równa 100%, przyjmuje się, że udziały tych osób w kwocie należnego Świadczenia wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczony, który jest inną osobą niż Ubezpieczający, może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, zmianie lub odwołaniu wskazania Uposażonego wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

6. Wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do jego śmierci.

7. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek Uposażonego stało się bezskuteczne, zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas przypadająca mu część Świadczenia zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpieczonego.

8. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych albo wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 6 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:

1) małżonek zmarłego,

2) dzieci zmarłego, w tym dzieci przysposobione,

3) wnuki zmarłego,

4) rodzice zmarłego,

5) rodzeństwo zmarłego,

6) dzieci rodzeństwa zmarłego,

7) inni niż wskazani w pkt 1)-6) powyżej spadkobiercy Ubezpieczonego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do Świadczenia w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do Świadczenia. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba, to Świadczenie jest dzielone na równe części dla każdej z tych osób.

§ 10. WYSOKOŚĆ SUM UBEZPIECZENIA I SKŁADKI REGULARNEJ, WARTOŚĆ WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. Wysokość sum ubezpieczenia dla Ubezpieczenia podstawowego, w tym: sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, sumy ubezpieczenia na wypadek Trwałego



inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, sumy ubezpieczenia na wypadek Poważnego zachorowania Ubezpieczonego, sumy ubezpieczenia na wypadek Choroby nowotworowej Ubezpieczonego oraz sum ubezpieczenia dla Ubezpieczeń dodatkowych, jak również wysokość należnej Składki regularnej, w tym: Składki funduszowej, Składki ochronnej i Składki ochronnej dobrowolnej, potwierdza Polisa.

2. Zadeklarowana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego:

1) w odniesieniu do Ubezpieczonego, który w Dniu początku odpowiedzialności ukończył 3 miesiące i nie ukończył 18 roku życia nie może być niższa niż kwota obliczona jako suma:

a) iloczynu urocznionnej Składki za Ubezpieczenie podstawowe, która zadeklarowana została we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i liczby 10, oraz

b) kwoty 100 PLN (słownie: sto złotych),

2) w odniesieniu do Ubezpieczonego, który w Dniu początku odpowiedzialności ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia musi spełniać łącznie dwa warunki:

a) nie może być niższa niż kwota obliczona jako suma:

i) iloczynu urocznionnej Składki za Ubezpieczenie podstawowe, która zadeklarowana została we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i liczby 10, oraz

ii) kwoty 100 PLN (słownie: sto złotych),

oraz

b) nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego określona w Tabeli limitów, pkt 1b lit. b), Załącznik nr 1 do OWU.

3. W przypadku dokonania Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego potwierdzona w Polisie zostaje pomniejszona, od dnia umorzenia Jednostek w celu realizacji Częściowego wykupu, o kwotę Częściowego wykupu dokonanego z Rachunku podstawowego, ale nie niżej niż do wysokości minimalnej sumy ubezpieczenia określonej w Tabeli limitów, pkt 1a i 1b, Załącznik nr 1 do OWU.

Okres obowiązywania pomniejszonej sumy ubezpieczenia:

1) rozpoczyna się w dniu umorzenia Jednostek w celu realizacji Częściowego wykupu,

2) kończy się z ostatnim dniem dwunastego miesiąca kalendarzowego, licząc od pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym dokonano umorzenia Jednostek w celu realizacji Częściowego wykupu.

Po upływie terminu wskazanego w zdaniu poprzednim suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego powraca do wysokości jaką miała przed dniem jej obniżenia w związku z realizacją Częściowego wykupu.

4. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia zostaje zredukowana do wysokości określonej w Tabeli limitów, pkt 2, Załącznik nr 1 do OWU. Redukcja sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, skutkuje zmniejszeniem wysokości opłaty za ryzyko, o której mowa § 17 ust. 1 pkt 9) OWU, pobieranej przez Towarzystwo z tytułu świadczenia ochrony ubezpieczeniowej. Przy czym przez zmniejszenie wysokości opłaty rozumie się redukcję

podstawy jej naliczania tj. sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, a nie zmniejszenie wartości współczynników do naliczania opłaty wskazanych w Taryfie stosowanej do naliczania opłat za ryzyko zamieszczonej w Załączniku nr 1 do OWU.

5. Sumy ubezpieczenia na wypadek: śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia Poważnego zachorowania oraz wystąpienia Choroby nowotworowej, podlegają podwyższeniu przez Towarzystwo zgodnie z regułą i w terminach, o których mowa poniżej.

Zwiększenie sum ubezpieczenia:

1) dokonywane jest na dzień 1 oraz 2 Rocznicy ubezpieczenia,

2) polega na podwyższeniu wysokości sum ubezpieczenia o 10% w stosunku do wysokości danej sumy ubezpieczenia jaka potwierdzona była w Polisie na Dzień początku odpowiedzialności.

Podwyższenie sum ubezpieczenia nie powoduje zwiększenia wysokości należnej Składki ochronnej. Towarzystwo potwierdza podwyższenie sum ubezpieczenia, o których mowa w zdaniu pierwszym powyżej, poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

6. Towarzystwo każdorazowo po dokonaniu zmian, o których mowa w ust. 3 – 5 powyżej, informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o nowej wysokości sumy ubezpieczenia.

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia jej otrzymania od Towarzystwa.

8. Ubezpieczający deklaruje wysokość Składki regularnej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a Towarzystwo potwierdza jej wysokość w Polisie, przy czym:

1) w odniesieniu do Składki za Ubezpieczenie podstawowe – będącej częścią Składki regularnej, znajdują zastosowanie następujące reguły:

a) w okresie od Dnia początku odpowiedzialności do dnia poprzedzającego 3 Rocznicę ubezpieczenia Składka za Ubezpieczenie podstawowe dzielona jest w następującej proporcji:

i) 85% Składki za Ubezpieczenie podstawowe stanowi Składka funduszowa, za którą kupowane są Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku podstawowym,

ii) 15% Składki za Ubezpieczenie podstawowe stanowi Składka ochronna, która pokrywa w proporcji wskazanej w § 2 ust. 38 pkt 1) lit. b) OWU koszty ryzyka ubezpieczeniowego z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) – 6) OWU, i do naliczania której stosuje się Taryfę rocznych stawek Składki ochronnej, zamieszczonej w Załączniku nr 1 do OWU,

b) w okresie od dnia 3 Rocznicy ubezpieczenia do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia Składka za Ubezpieczenie podstawowe równa jest Składce funduszowej,

2) w odniesieniu do Składki za Ubezpieczenia dodatkowe (Składki ochronnej dobrowolnej) – będącej częścią Składki regularnej, znajdują zastosowanie następujące reguły: niniejszą składkę nalicza się wg taryfy składek dla danej Umowy dodatkowej obowiązującej w Towarzystwie na dzień rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Umowę dodatkową, z uwzględnieniem: aktualnego Wiek Ubezpieczonego, zadeklarowanej wysokości sumy ubezpieczenia w danej Umowie



dotatkowej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca danej Umowy dodatkowej, zgodnie z zapisami odpowiedniego OWDU.

9. Towarzystwo w każdym Roku ubezpieczenia informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o Wartości wykupu ubezpieczenia.

10. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 9 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia jej otrzymania od Towarzystwa.

§ 11. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ I DODATKOWEJ SKŁADKI FUNDUSZOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego płacenia Składek regularnych, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.

2. Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej w trybie, o którym mowa w § 41 OWU, w każdą Rocznicę ubezpieczenia, jeżeli opłacił wszystkie Składki regularne należne za okres poprzedzający Rocznicę ubezpieczenia, w której zaproponował wprowadzenie tejże zmiany.

3. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w dokumentach załączonych do Polisy:

1) numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający jest zobowiązany dokonywać wpłat kolejnych należnych Składek regularnych, które Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna, oraz

2) numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający może dokonywać wpłat Dodatkowych składek funduszowych.

4. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z § 8 ust. 17 OWU, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności Towarzystwa, na numer rachunku bankowego wskazany w tymże wniosku.

5. Z wpłaconych Składek regularnych zaspakajane są w pierwszej kolejności należności z tytułu Składek ochronnych, następnie z tytułu Składek ochronnych dobrowolnych, a następnie z tytułu Składek funduszowych.

6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty części Składki regularnej przeznaczonej na pokrycie kosztów ryzyka (ochrony ubezpieczeniowej), tj. Składki ochronnej i Składki ochronnej dobrowolnej za czas, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność.

7. Każda kwota pieniężna wpłacona przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Dodatkowych składek funduszowych traktowana jest jako Dodatkowa składka funduszowa, a Jednostki zakupione za tę kwotę są ewidencjonowane na Rachunku dodatkowym.

8. Każda kwota pieniężna wpłacona przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Składek regularnych

traktowana jest jako Składka regularna lub niezgodniona przedpłata Składki regularnej, a w odniesieniu do jej części stanowiącej Składkę funduszową stosuje się zasadę określoną w § 15 ust. 8 - 9 OWU, a Jednostki zakupione za Składkę funduszową ewidencjonowane są na Rachunku podstawowym.

9. Składka regularna i Dodatkowa składka funduszowa muszą być opłacane w walucie polskiej.

10. Jeżeli w Okresie ubezpieczenia wartość Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym nie wystarcza na pokrycie opłat, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU, wówczas Towarzystwo na piśmie:

1) zaproponuje Ubezpieczającemu podniesienie wysokości Składki regularnej do poziomu zapewniającego takie zasilanie Rachunku podstawowego Jednostkami Funduszy, które pozwoli na pokrywanie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 OWU),

2) wskaże 14 – dniowy termin na dokonanie wpłaty podwyższonej Składki regularnej,

3) poda skutki niezapłacenia podwyższonej Składki regularnej w terminie, o którym mowa w pkt 2) powyżej.

11. W przypadku, gdy Składka regularna nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w wyznaczonym terminie, o którym mowa w ust. 10 pkt 2) powyżej, wówczas Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek braku Jednostek na Rachunku podstawowym umożliwiających pokrycie bieżących opłat przewidzianych Umową ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 OWU), z upływem ostatniego dnia terminu o którym mowa w ust. 10 pkt 2) powyżej.

12. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 11 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w którym dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 11 powyżej.

13. Z kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek, o którym mowa w ust. 12 powyżej, potrącany jest podatek, o ile jest on należny.

14. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 13 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 12. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres do Dnia wymagalności Składki regularnej, Towarzystwo na piśmie wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej w terminie dodatkowym 2 miesięcy, licząc od Dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej, podając skutki niezapłacenia Składki regularnej w tym terminie.

2. W przypadku gdy, Składka regularna nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, wówczas:

1) jeżeli dotyczy to niezapłaconych Składek regularnych należnych do dnia poprzedzającego dzień 5 Rocznicy ubezpieczenia, to Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem następującym bezpośrednio po upływie ostatniego dnia terminu dodatkowego, o którym mowa w ust. 1 powyżej, a jeżeli dzień ten jest dniem wolnym od pracy, to Umowa ubezpieczenia



ulega rozwiązaniu w najbliższym dniu roboczym następującym po tym dniu,
albo

2) jeżeli dotyczy to niezapłaconych Składek regularnych należnych po dniu 5 Rocznicy ubezpieczenia, to Umowa ubezpieczenia zostaje zmieniona, z pierwszym dniem miesiąca następującego po okresie, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, na zasadach określonych w § 26 OWU.

§ 13. ALOKACJA SKŁADKI FUNDUSZOWEJ I DODATKOWEJ SKŁADKI FUNDUSZOWEJ

1. Wpłacane przez Ubezpieczającego Składki funduszowe i Dodatkowe składki funduszowe przeznaczane są w całości na zakup Jednostek.

2. Ubezpieczony określa we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokację Składki funduszowej, przy czym suma wskazań musi wynosić 100%. W przypadku, gdy:

1) Ubezpieczony nie określi we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokacji Składki funduszowej, 100% wpłaconej Składki funduszowej lokowane jest w UFK Gwarantowany Compensa, a w przypadku jego likwidacji lub czasowego wstrzymania sprzedaży Jednostek tego Funduszu, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki funduszowej, podając termin na określenie Alokacji Składki funduszowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma. Brak określenia Alokacji Składki funduszowej w tym terminie należy rozumieć jako odmowę zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w rozumieniu § 8 ust. 15 OWU,

2) Ubezpieczony określił Alokację Składki funduszowej w ten sposób, że suma wskazań jest różna od 100%, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki funduszowej, podając termin na określenie Alokacji Składki funduszowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma. W przypadku braku odpowiedzi na pismo, o którym mowa w zdaniu poprzednim, 100% wpłaconej Składki funduszowej lokowane jest w UFK Gwarantowany Compensa. Aktualny wykaz Funduszy zamieszczony jest na stronie <http://www.compensa.pl>.

3. Ubezpieczony może złożyć oświadczenie o zmianie Alokacji Składki funduszowej w trybie, o którym mowa w § 41 OWU, na formularzu Towarzystwa do Siedziby Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym <https://mojacompensa.pl>.

4. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 3 powyżej, wywołuje skutek od Dnia zapłaty Składki funduszowej najbliższego po dniu lub przypadającego w dniu otrzymania przez Towarzystwo tego oświadczenia, o ile w treści tego oświadczenia nie określono terminu późniejszego.

5. Wykonanie zmiany Alokacji Składki funduszowej podlega opłacie, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 4) OWU.

6. Alokacji Dodatkowej składki funduszowej dokonuje się zgodnie z Alokacją Składki funduszowej obowiązującą na Dzień zapłaty Składki funduszowej dodatkowej. Ubezpieczony może określić odmienną od wskazanej w zdaniu pierwszym Alokację Dodatkowej składki funduszowej oraz zmienić określoną uprzednio odmienną Alokację Dodatkowej składki funduszowej. Określenie odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmiana określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej będzie skuteczne, o ile pisemne oświadczenie Ubezpieczonego w tej sprawie zostanie doręczone do Siedziby Towarzystwa nie później niż w Dniu zapłaty Dodatkowej składki funduszowej na rachunek bankowy Towarzystwa

przeznaczony do dokonywania wpłat Dodatkowej składki funduszowej. Od dnia złożenia przez Ubezpieczonego oświadczenia o odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmianie określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, Alokacja ta będzie obowiązująca dla następujących w tym dniu oraz po tym dniu wpłat Dodatkowych składek funduszowych, o ile w treści tego oświadczenia nie określono terminu późniejszego.

7. Określenie odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmiana określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej podlega opłacie, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 4) OWU.

§ 14. WYCENY JEDNOSTEK

1. Cena Jednostki danego Funduszu ustalana jest z częstotliwością określoną w Regulaminie funduszu.

2. Zasady Wyceny Jednostek danego funduszu określa Regulamin Funduszu.

3. Towarzystwo ogłasza Ceny Jednostek na swojej stronie internetowej <http://www.compensa.pl>.

§ 15. ZASADY ZAMIANY SKŁADKI FUNDUSZOWEJ I DODATKOWEJ SKŁADKI FUNDUSZOWEJ NA JEDNOSTKI

1. Zamiana Składki funduszowej i Dodatkowej Składki funduszowej na Jednostki (zakup Jednostek) danego Funduszu odbywa się po Cenie Jednostki danego Funduszu ustalonej na koniec Dnia wyceny, po której dokonano zakupu Jednostek za daną Składkę funduszową lub daną Dodatkową składkę funduszową.

2. Zlecenie zakupu Jednostek wystawiane jest po prawidłowym zidentyfikowaniu zapłaconej Składki funduszowej lub Dodatkowej składki funduszowej, z uwzględnieniem terminów określonych w dalszych ustępach niniejszego paragrafu. Prawidłowe zidentyfikowanie wpłaty polega na ustaleniu, z tytułu której Umowy ubezpieczenia, na który rachunek bankowy i w jakiej wysokości zapłacono daną kwotę. Towarzystwo podejmuje czynności w celu zidentyfikowania kwoty natychmiast po otrzymaniu informacji z banku o jej zapłaceniu; czynności te nie mogą trwać dłużej niż jeden dzień roboczy, o ile informacja dotycząca wpłaconej kwoty jest prawidłowa.

3. Zlecenie zakupu Jednostek za pierwszą Składkę funduszową jest wystawiane, z uwzględnieniem postanowień § 8 ust. 12 OWU, najwcześniej ostatniego dnia roboczego przed Dniem początku odpowiedzialności i najpóźniej w Dniu początku odpowiedzialności.

4. Zlecenia zakupu Jednostek za kolejne Składki funduszowe są wystawiane:

1) najwcześniej ostatniego dnia roboczego przed Dniem wymagalności Składki regularnej i najpóźniej drugiego dnia roboczego po Dniu wymagalności Składki regularnej – jeżeli Składka regularna wpłynęła przed Dniem wymagalności Składki regularnej lub w tym dniu,

2) w Dniu zapłaty Składki regularnej – jeżeli Składka regularna wpłynęła po Dniu wymagalności Składki regularnej.

5. Zlecenie zakupu Jednostek za Dodatkową składkę funduszową jest wystawiane najpóźniej czwartego dnia roboczego po Dniu zapłaty Dodatkowej składki funduszowej.

6. Z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej, realizacja zleceń zakupu Jednostek każdego Funduszu odbywa się:

1) w przypadku pierwszej Składki funduszowej, będącej częścią Składki regularnej – po Cenie Jednostki ustalonej na Dzień początku odpowiedzialności,

2) w przypadku każdej kolejnej Składki funduszowej, będącej częścią Składki regularnej:



a) po Cenie Jednostki ustalonej na Dzień wymagalności Składki regularnej, jeżeli Składka regularna została opłacona do Dnia wymagalności Składki regularnej,

b) po Cenie Jednostki ustalonej na Dzień zapłaty Składki regularnej, jeżeli Składka regularna została opłacona po Dniu wymagalności Składki regularnej,

3) w przypadku Dodatkowej składki funduszowej wpłaconej przed Dniem początku odpowiedzialności – po Cenie Jednostki ustalonej na Dzień początku odpowiedzialności,

4) w przypadku Dodatkowej składki funduszowej wpłaconej po Dniu początku odpowiedzialności – po Cenie Jednostki ustalonej na dzień, w którym na rachunku Towarzystwa przeznaczonym do dokonywania wpłat Dodatkowych składek funduszowych uznano Dodatkową składkę funduszową.

7. W przypadku gdy realizacja zlecenia zakupu Jednostek danego Funduszu przypada na dzień, w którym Jednostki tego Funduszu nie są wyceniane z powodu dnia wolnego od pracy, realizacja zlecenia zakupu Jednostek Funduszu odbywa się po Cenie Jednostki ustalonej na pierwszej Wycenie danego Funduszu następującej bezpośrednio po dniu wolnym od pracy. Z uwagi na fakt, że Wyceny różnych Funduszy odbywają się w różnych krajach – co w konsekwencji niesie za sobą możliwość występowania w kalendarzu różnych dni wolnych od pracy – zlecenia zakupu Jednostek dla różnych Funduszy mogą zostać zrealizowane z różnymi datami, jednakże z zachowaniem zasady, o której mowa w zdaniu pierwszym.

8. Zlecenia zakupu Jednostek za Składkę funduszową są wystawiane również wówczas, gdy Składka regularna wpłynęła w niepełnej wysokości; jednocześnie Towarzystwo wzywa Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej w terminie dodatkowym, na zasadach opisanych w § 12 ust. 1 OWU.

9. Zlecenia zakupu nie obejmują kwot przewyższających saldo należnej Składki funduszowej. Ewentualne nadwyżki będą inwestowane w kolejnych Dniach wymagalności Składki regularnej.

10. W przypadku Alokacji do Funduszu o walucie innej niż waluta polska, Towarzystwo dokonuje zamiany odpowiedniej części wpłaconej Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu z uwzględnieniem odpowiednio kursu kupna i sprzedaży walut z dnia zamiany stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest rachunek wpłat Składek regularnych – w przypadku Składki funduszowej albo rachunek wpłat Dodatkowych składek funduszowych – w przypadku Dodatkowych składek funduszowych, przy czym obowiązuje zasada, że do zamiany waluty polskiej na walutę obcą stosuje się kurs sprzedaży, a do zamiany waluty obcej na walutę polską – kurs kupna. Zamiana wpłaconej Składki funduszowej na walutę Funduszu odbywa się najpóźniej drugiego dnia roboczego po dniu wpłaty Składki regularnej na rachunek wpłat Składek regularnych albo Dodatkowej składki funduszowej na rachunek wpłat Dodatkowych składek funduszowych. W przypadku, gdy zamiana wpłaconej Składki regularnej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu przypada na dzień, w którym Jednostki danego Funduszu nie są wyceniane z powodu dnia wolnego od pracy, realizacja zamiany wpłaconej Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu odbywa się w Dniu pierwszej Wyceny tego Funduszu następującej bezpośrednio po dniu wolnym od pracy. Ryzyko kursowe zamiany, o której mowa w niniejszym ustępie pozostaje po stronie Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

§ 16. ZASADY KONWERSJI JEDNOSTEK

1. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo do dokonania Konwersji Jednostek.

2. Dyspozycję Konwersji Jednostek Ubezpieczony powinien złożyć w trybie, o którym mowa w § 41 OWU, na formularzu Towarzystwa do Siedziby Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym <https://www.mojacompena.pl>.

3. Zlecenie rozpoczęcia operacji Konwersji Jednostek wystawiane jest najpóźniej trzeciego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji Konwersji Jednostek, o której mowa w ust. 2 powyżej.

4. Umorzenie i zakup Jednostek odbywa się po odpowiednich dla danych Funduszy Cenach Jednostek ustalonych na koniec Dnia wycen, po których dokonano operacji umorzenia i zakupu Jednostek.

5. Wykonanie Konwersji Jednostek podlega opłacie, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 3) OWU.

6. W przypadku Konwersji Jednostek pomiędzy Funduszami w różnych walutach, Towarzystwo dokonuje zamiany walut uzyskanych z umorzenia Jednostek na walutę polską, a następnie na waluty Funduszy, których Jednostki mają być zakupione, z uwzględnieniem odpowiednio kursów kupna i sprzedaży walut z dnia zamiany stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest rachunek wpłat Składek regularnych – w odniesieniu do Składek funduszowych albo rachunek wpłat Dodatkowych składek funduszowych – w odniesieniu do Dodatkowych składek funduszowych. Zamiana walut odbywa się w Dniu umorzenia Jednostek, zgodnie z zasadą opisaną w § 30 ust. 2 OWU.

§ 17. RODZAJE OPŁAT I SPOSÓB ICH POBIERANIA

1. Towarzystwo pobiera następujące rodzaje opłat:

1) opłatę dystrybucyjną, która przeznaczona jest na pokrycie kosztów Towarzystwa związanych z zawarciem Umowy ubezpieczenia, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest z Jednostek zakupionych za każdą zapłaconą Składkę funduszową należną za pierwszy Rok ubezpieczenia, w proporcji wynikającej z Alokacji Składki funduszowej, według której dokonano zakupu tych Jednostek, z zastosowaniem Cen tych Jednostek z dnia zamiany Składki funduszowej na te Jednostki,

b) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek z Rachunku podstawowego zakupionych za każdą zapłaconą Składkę funduszową należną za pierwszy Rok ubezpieczenia,

c) wysokość opłaty uzależniona jest od Wieków Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności i określona jest w Tabeli opłat, pkt 1, Załącznik nr I do OWU, i wyrażona jest jako odpowiedni procent od wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku podstawowym – powstałych w wyniku zainwestowania każdej zapłaconej Składki funduszowej należnej za pierwszy Rok ubezpieczenia.

Opłaty dystrybucyjnej nie pobiera się z Jednostek zakupionych za Dodatkową składkę funduszową, które ewidencjonowane są na Rachunku dodatkowym,

2) opłatę za prowadzenie Umowy ubezpieczenia, która przeznaczona jest na pokrycie kosztów Towarzystwa związanych z administrowaniem Indywidualnym rachunkiem, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata należna jest za każdy miesiąc prowadzenia Indywidualnego rachunku,

b) opłata składa się z dwóch części:

i) określonej kwotowo w Tabeli opłat, pkt 2a, Załącznik nr I



do OWU, która pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym według proporcji wynikającej z wartości Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z pierwszej dla danego Funduszu Wyceny w danym miesiącu kalendarzowym. W przypadku umarzania Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowna jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

ii) wyrażonej jako odpowiedni procent wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, powstałych w wyniku zainwestowania wpłaconych Składek funduszowych i Dodatkowych składek funduszowych, określony w Tabeli opłat, pkt 2b, Załącznik nr 1 do OWU, zróżnicowany ze względu na sumę Składek funduszowych należnych w pierwszym Roku ubezpieczenia. Opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku z uwzględnieniem Cen Jednostek z pierwszej dla danego Funduszu Wyceny w danym miesiącu kalendarzowym. W przypadku umarzania Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowna jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

c) wysokość opłaty za prowadzenie Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ppkt ii) powyżej, ulega zmniejszeniu o 50% po opłaceniu przez Ubezpieczającego wszystkich należnych Składek regularnych za pierwsze 10 Lat ubezpieczenia. Przy czym każdy miesiąc okresu, za który nie opłacono należnej Składki regularnej, w tym okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych oraz okresu, kiedy Umowa ubezpieczenia była rozwiązana, powiększa okres pierwszych 10 Lat ubezpieczenia o kolejny miesiąc,

d) wysokość opłaty za prowadzenie Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ppkt ii) powyżej nie ulega zmniejszeniu, jeżeli w okresie pierwszych 10 Lat ubezpieczenia powiększonych o okresy, za które nie opłacono należnej Składki regularnej (okres zawieszenia opłacania Składek regularnych oraz okres kiedy Umowa ubezpieczenia była rozwiązana), Ubezpieczający obniżył wysokość Składki regularnej albo dokonał zmiany Umowy na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

3) opłatę transakcyjną z tytułu Konwersji Jednostek, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest z Indywidualnego rachunku, ze środków uzyskanych po dokonaniu umorzenia Jednostek, a przed zakupem Jednostek wskazanych przez Ubezpieczonego w ramach dokonywania danej operacji Konwersji Jednostek,

b) opłata pobierana z kwoty pieniężnej powstałej z wyniku umorzenia Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku w celu przeprowadzenia Konwersji. W przypadku, gdy kwota pieniężna powstała w wyniku umarzania Jednostek Funduszu wyrażana jest w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

c) wysokość opłaty określona jest kwotowo w Tabeli opłat, pkt 3a, 3b i 3c, Załącznik nr 1 do OWU.

4) opłatę transakcyjną z tytułu zmiany Alokacji Składki funduszowej, określenia odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, zmiany określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest z Indywidualnego rachunku po dokonaniu zmiany Alokacji Składki funduszowej lub określeniu odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, lub zmianie określonej uprzednio

odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej,

b) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku według proporcji wynikającej z wartości Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, z uwzględnieniem Cen Jednostek z pierwszej dla danego Funduszu Wyceny po dokonaniu zmiany Alokacji Składki funduszowej lub określeniu odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, lub zmianie określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej. W przypadku umarzania Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

c) wysokość opłaty jest określona kwotowo w Tabeli opłat, pkt 4a i 4b, Załącznik nr 1 do OWU,

5) opłatę transakcyjną z tytułu Częściowego wykupu ubezpieczenia z Rachunku podstawowego, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia. W przypadku umarzania Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust 2 OWU,

b) opłata pobierana jest jednorazowo przy dokonywaniu każdego Częściowego wykupu ubezpieczenia,

c) wysokość opłaty określona jest jako odpowiedni procent od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia i wskazana jest w Tabeli opłat, pkt 5, Załącznik nr 1 do OWU.

d) opłaty transakcyjnej nie pobiera się, jeżeli Częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest:

i) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, lub

ii) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, lub

iii) z Jednostek Funduszy zgromadzonych na Rachunku dodatkowym powstałych w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych,

6) opłatę transakcyjną z tytułu Całkowitego wykupu ubezpieczenia, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia. W przypadku umarzania Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

b) opłata pobierana jest jednorazowo przy dokonaniu Całkowitego wykupu ubezpieczenia,

c) wysokość opłaty określona jest jako odpowiedni procent od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia i wskazana jest w Tabeli opłat pkt 6, Załącznik nr 1 do OWU.

d) opłaty transakcyjnej nie pobiera się, jeżeli Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest:

i) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, lub

ii) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, lub

iii) z Jednostek Funduszy zgromadzonych na Rachunku dodatkowym pow-



stałych w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych,
7) opłatę transakcyjną z tytułu odstąpienia od Umowy ubezpieczenia dokonywanego przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami § 33 OWU, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym dokonywane jest umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o odstąpienie od Umowy ubezpieczenia. W przypadku umarzenia Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

b) opłata pobierana jest jednorazowo przy dokonaniu umorzenia Jednostek,

c) wysokość opłaty określona jest jako odpowiedni procent od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o odstąpienie od Umowy ubezpieczenia i wskazana jest w Tabeli opłat pkt 7, Załącznik nr I do OWU,

d) opłaty transakcyjnej nie pobiera się, jeżeli umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o odstąpienie od Umowy ubezpieczenia dokonywane jest:

i) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia lub

ii) z Jednostek Funduszy zgromadzonych na Rachunku dodatkowym powstałych w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych,

8) opłatę transakcyjną z tytułu wystąpienia z Umowy ubezpieczenia dokonywanego przez Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami § 34 OWU, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym dokonywane jest umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczonego o wystąpienie z Umowy ubezpieczenia. W przypadku umarzenia Jednostek Funduszu prowadzonego w walucie innej niż waluta polska – stosowana jest reguła zamiany waluty, o której mowa w § 30 ust. 2 OWU,

b) opłata pobierana jest jednorazowo przy dokonaniu umorzenia Jednostek,

c) wysokość opłaty określona jest jako odpowiedni procent od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu realizacji wniosku Ubezpieczonego o wystąpienie z Umowy ubezpieczenia i wskazana jest w Tabeli opłat pkt 8, Załącznik nr I do OWU,

d) opłaty transakcyjnej nie pobiera się, jeżeli umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczonego o wystąpienie z Umowy ubezpieczenia dokonywane jest:

i) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,

ii) z Jednostek Funduszy zgromadzonych na Rachunku dodatkowym powstałych w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych,

9) opłatę za ryzyko (opłatę za ochronę ubezpieczeniową) przeznaczoną na pokrycie kosztów z tytułu śmierci Ubezpieczonego objętego ochroną ubezpieczeniową w ramach Ubezpieczenia podstawowego,

w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata należna jest za każdy miesiąc ochrony ubezpieczeniowej,

b) opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym według proporcji wynikającej z wartości Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym,

c) opłata jest pobierana od różnicy pomiędzy: sumą ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego potwierdzoną w Polisie, z zastrzeżeniem że w przypadku wcześniejszej wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby śmiertelnej albo dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia z Rachunku podstawowego w okresie 12 miesięcy poprzedzających dzień pobrania niniejszej opłaty, ta suma ubezpieczenia jest obniżona zgodnie z postanowieniami § 4 ust. 4 i § 19 ust. 13 OWU, a wartością Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym na dzień pobrania tej opłaty, o ile różnica ta jest dodatnia,

d) wysokość opłaty za ryzyko wyliczana jest jako iloczyn różnicy, o której mowa w lit. c) powyżej oraz Taryfy stosowanej do naliczania opłat za ryzyko zamieszczonej w Załączniku nr I do OWU, dla aktualnego Wiek Ubezpieczonego, określanego na dzień, w którym pobierana jest opłata, z zastosowaniem podwyższonej opłaty za ryzyko (za ochronę ubezpieczeniową), o ile została ona zaproponowana zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 17 OWU. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko oblicza się przy zastosowaniu taryfy wskazanej w zdaniu poprzednim, podzielonej przez liczbę 12,

e) w okresie pierwszych 6 miesięcy trwania Umowy ubezpieczenia, licząc od potwierdzonego w Polisie Dnia początku odpowiedzialności, stawki taryfowe określone w Taryfie stosowanej do naliczania opłat za ryzyko, Załącznik nr I do OWU, są obniżone o 50%.

2. Z każdej zapłaconej przez Ubezpieczającego Składki regularnej Towarzystwo pobiera:

1) Składkę ochronną, która służy pokryciu kosztów ochrony ubezpieczeniowej, z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4 ust. 1 pkt 3) – 6) OWU i w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) pobierana jest za każdy miesiąc świadczenia ochrony ubezpieczeniowej,

b) pobierana jest w okresie od Dnia początku odpowiedzialności do dnia poprzedzającego 3 Rocznicę ubezpieczenia,

2) Składkę ochronną dobrowolną należną z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje oprócz Ubezpieczenia podstawowego również Ubezpieczenia dodatkowe.

Niniejsza składka pobierana jest za każdy miesiąc świadczenia ochrony ubezpieczeniowej.

3. Opłaty, o których mowa w ust. 1 pkt 2) lit. b) ppkt i) powyżej oraz ust. 1 pkt 3) – 4) powyżej, podlegają indeksacji według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych obliczonych na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych za kolejne miesiące kalendarzowe. Towarzystwo podejmie decyzję o indeksacji opłat, jeżeli wartość skumulowanych wskaźników za okres, w którym nie dokonywano indeksacji, wyniesie mniej niż 0,9 lub więcej niż 1,1. Po raz pierwszy Towarzystwo dokona indeksacji opłat według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych począwszy od wskaźnika za styczeń 2016 r., o ile zostanie spełniony warunek określony w zdaniu drugim powyżej. Zmieniona w wyniku indeksacji opłata obowiązuje od początku miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia przez GUS tego wskaźnika, który powoduje przekroczenie wyznaczonych w zdaniu drugim powyżej



wartości. Towarzystwo może odstąpić od indeksowania opłat.

4. Opłaty, o których mowa w ust. 1 pkt 1) – 2) oraz ust. 1 pkt 9) powyżej, pobierane są w następującej kolejności: opłata dystrybucyjna, opłata za prowadzenie Umowy ubezpieczenia w części wyrażonej procentowo, opłata za prowadzenie Umowy ubezpieczenia w części określonej kwotowo, opłata za ochronę ubezpieczeniową.

5. Opłaty, o których mowa w ust. 1 pkt 2) i ust. 1 pkt 9) powyżej, pobierane są z góry za każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy prowadzenia obsługi Umowy ubezpieczenia poprzez umorzenie z Indywidualnego rachunku odpowiedniej liczby Jednostek, z uwzględnieniem Cen Jednostek z pierwszej dla danego Funduszu Wyceny w danym miesiącu kalendarzowym oraz z uwzględnieniem odpowiednio kursów kupna i sprzedaży walut z dnia zamiany stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Składek regularnych.

§ 18. PREMIA INWESTYCYJNA

1. Premia inwestycyjna, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 poniżej, przyznawana jest w dniu 10 Rocznicy ubezpieczenia, o ile jest należna.

2. Wysokość premii inwestycyjnej stanowi nominalnie 110% sumarycznej wartości wszystkich opłat dystrybucyjnych pobranych przez Towarzystwo w okresie pierwszego Roku ubezpieczenia, zgodnie z zasadami, o których mowa w § 17 ust. 1 pkt 1) OWU.

3. Premia inwestycyjna przyznawana na dzień 10 Rocznicy ubezpieczenia jest należna, o ile łącznie spełnione zostały następujące warunki:

1) Ubezpieczający w okresie pierwszych 10 Lat ubezpieczenia:

a) nie skorzystał z prawa do zmniejszenia wysokości Składki regularnej i zapłacił w pełnej wysokości wszystkie Składki regularne należne za okres pierwszych 10 Lat ubezpieczenia,

b) nie skorzystał z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych,

c) nie skorzystał z prawa do przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

2) Towarzystwo w okresie pierwszych 10 Lat ubezpieczenia nie dokonało, ani nie wyraziło zgody na redukcję Składki regularnej,

3) Ubezpieczony nie złożył wniosku o dokonanie Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego do dnia 10 Rocznicy ubezpieczenia włącznie,

4) Umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana, jak również Ubezpieczający nie doręczył Towarzystwu wniosku o rozwiązanie Umowy ubezpieczenia lub nie złożył oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia do dnia 10 Rocznicy ubezpieczenia włącznie,

5) na dzień 10 Rocznicy ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia nie znajduje się w okresie wypowiedzenia.

4. W przypadku, gdy w okresie pierwszych 10 Lat ubezpieczenia zaistniała którakolwiek ze wskazanych poniżej okoliczności:

1) Ubezpieczający skorzystał z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) Ubezpieczający skorzystał z prawa do zmiany Umowy ubezpieczenia w umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, a następnie złożył wniosek o przywrócenie umowie bezskładkowej statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną i rozpoczął opłacanie tejże składki, data przyznania premii inwestycyjnej, o której mowa w ust. 1 powyżej, ulega przesunięciu na Rocznicę ubezpieczenia przypadającą po Roku ubezpieczenia, w którym sumaryczna wartość wszystkich opłaconych przez Ubezpieczającego Składek regularnych zrównała się z sumaryczną wartością Składek regularnych jakie były należne za okres pierwszych 10 Lat ubezpieczenia.

3) Premia inwestycyjna staje się należna w Rocznicę ubezpieczenia,

o której mowa w zdaniu poprzedzającym, o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:

a) Ubezpieczający do dnia Rocznicy ubezpieczenia, w którą przyznawana jest Premia inwestycyjna:

i) nie skorzystał z prawa do zmniejszenia wysokości Składki regularnej i zapłacił w pełnej wysokości wszystkie Składki regularne, które były należne za okres pierwszych 10 Lat ubezpieczenia,

ii) nie złożył wniosku o dokonanie Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego,

b) Towarzystwo do dnia Rocznicy ubezpieczenia, w której przyznawana jest Premia inwestycyjna nie dokonało, ani nie wyraziło zgody na redukcję Składki regularnej,

c) Ubezpieczający nie doręczył Towarzystwu wniosku o rozwiązanie Umowy ubezpieczenia lub nie złożył oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia włącznie do dnia Rocznicy ubezpieczenia, w którą przyznawana jest Premia inwestycyjna,

d) na dzień Rocznicy ubezpieczenia, w którą przyznawana jest Premia inwestycyjna, Umowa ubezpieczenia:

i) nie została rozwiązana,

ii) nie znajduje się w okresie wypowiedzenia,

iii) nie znajduje się w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych,

iv) nie jest umową ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, zgodnie z § 26 OWU.

5. Za kwotę przyznanej Premii inwestycyjnej Towarzystwo zakupi Jednostki Funduszy, zgodnie z Alokacją Składki funduszowej aktualną na Rocznicę ubezpieczenia, w którą przyznana zostanie Premia inwestycyjna oraz z zastosowaniem Ceny Jednostki danego Funduszu ustalonej na koniec Dnia wyceny przypadającego na Rocznicę ubezpieczenia, w którą przyznana zostanie Premia inwestycyjna.

6. Jednostki zakupione za kwotę Premii inwestycyjnej ewidencjonowane są na Rachunku podstawowym i podlegają opłatom, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU.

§ 19. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczonemu poczynszy od 5 Rocznicy ubezpieczenia przysługuje prawo do dokonania Częściowego wykupu z wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku podstawowym powstałych w wyniku zainwestowania Składek funduszowych.

2. Ubezpieczonemu po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 32 OWU, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie skorzystał z prawa do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do dokonania Częściowego wykupu z wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku dodatkowym powstałych z zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.

3. Z zachowaniem postanowień § 21 ust. 2 – 3 OWU, na dokonanie przez Ubezpiezonego Częściowego wykupu ubezpieczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym a Ubezpieczający skorzystał z uprawnienia wskazanego w § 21 ust. 1 OWU, wymagana jest pisemna zgoda Ubezpieczającego.

4. Częściowy wykup dokonywany jest na wniosek Ubezpiezonego złożony na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa. Do wniosku o Częściowy wykup ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpiezonego,



2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku Częściowego wykupu, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy,

3) pisemną zgodę Ubezpieczającego na dokonanie Częściowego wykupu, w przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, a Ubezpieczający skorzystał z uprawnienia wskazanego w § 21 ust. 1 OWU.

5. Każdorazowo przy realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera z Rachunku podstawowego opłatę transakcyjną za dokonanie Częściowego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 5) OWU, opłata ta pobierana jest w wysokości wskazanej w Tabeli opłat pkt 5, Załącznik nr 1 do OWU.

6. Opłata transakcyjna za Częściowy wykup ubezpieczenia, o której mowa w ust. 5 powyżej, nie jest pobierana, o ile:

1) Częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany z Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, realizowany jest:

a) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, lub

b) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,

2) Częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest z Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku dodatkowym.

7. Zlecenie umorzenia Jednostek uwzględniające: liczbę Jednostek umorzonych w celu pobrania opłaty transakcyjnej za Częściowy wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 5) OWU oraz liczbę Jednostek umorzonych w celu dokonania wypłaty wnioskowanej przez Ubezpieczonego kwoty Częściowego wykupu ubezpieczenia, wystawiane jest w trzecim dniu roboczym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Częściowy wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej, z zachowaniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

8. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec Dni wycen, po których dokonano umorzenia Jednostek.

9. Z kwoty powstałej w wyniku umorzenia Jednostek w celu dokonania wypłaty Częściowego wykupu potrącany jest podatek, o ile jest on należny.

10. Jeżeli dokonanie Częściowego wykupu miało spowodować zmniejszenie wartości Jednostek pozostających na Rachunku podstawowym do wysokości mniejszej niż ich minimalna wartość określona w Tabeli limitów, pkt 3, Załącznik nr 1 do OWU, Towarzystwo zaniecha dokonania Częściowego wykupu i zaproponuje dokonanie Częściowego wykupu w odpowiednio mniejszej wysokości podając Ubezpieczonemu wartość Częściowego wykupu obliczonego na trzeci dzień roboczy po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Częściowy wykup wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej lub poinformuje Ubezpieczonego o możliwości dokonania wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, obliczonego na zasadach określonych w § 20 OWU. Termin realizacji zlecenia, o którym mowa w ust. 7 powyżej, może wówczas ulec wydłużeniu o czas niezbędny do zakończenia dokonywania ustaleń z Ubezpieczonym, przy czym w przypadku braku odpowiedzi Ubezpieczonego na propozycję Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzednim, w terminie 30 dni od dnia wystosowania przedmiotowej propozycji, wniosek Ubezpieczonego o dokonanie Częściowego wykupu uważa się za nieważny i Towarzystwo odstępuje od jego realizacji.

11. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia realizacji zlecenia umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego, przelewu kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku operacji opisanej w niniejszym paragrafie, na rachunek bankowy

Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

12. W przypadku nie zakończenia dokonywania ustaleń z Ubezpieczonym, o których mowa w ust. 10 powyżej, do dnia wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo w przypadku wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o Częściowy wykup ubezpieczenia po terminie wpływu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo w przypadku gdy obydwa wnioski wpłyną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia, natomiast wniosek o Częściowy wykup pozostanie bez rozpatrzenia jako bezprzedmiotowy.

13. Każdorazowe dokonanie Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego wpływa na okresową redukcję sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, zgodnie z zasadami, o których mowa w § 10 ust. 3 OWU.

§ 20. CAŁKOWITY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo Całkowitego wykupu ubezpieczenia po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający nie skorzystał z prawa do odstąpienia.

2. Z zachowaniem postanowień § 21 ust. 2 – 3 OWU dokonanie przez Ubezpieczonego Całkowitego wykupu ubezpieczenia w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym a Ubezpieczający skorzystał z uprawnienia wskazanego w § 21 ust. 1 OWU, wymagana jest pisemna zgoda Ubezpieczającego.

3. Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek Ubezpieczonego złożony na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa. Do wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu, Ubezpieczonego,

2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Całkowitego wykupu, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy,

3) pisemną zgodę Ubezpieczającego na dokonanie Całkowitego wykupu ubezpieczenia, w przypadku gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym a Ubezpieczający skorzystał z uprawnienia wskazanego w § 21 ust. 1 OWU.

4. Przy realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera z Rachunku podstawowego opłatę transakcyjną za dokonanie Całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU, opłata ta pobierana jest w wysokości wskazanej w Tabeli opłat pkt 6, Załącznik nr 1 do OWU.

Opłata transakcyjna za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU, nie jest pobierana, o ile Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest:

1) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, lub

2) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, lub

3) z Jednostek Funduszy zaewidencjonowanych na Rachunku dodatkowym.

5. Po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej, Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek z Indywidualnego rachunku Ubezpieczonego.



6. Zlecenie umorzenia Jednostek uwzględniające: liczbę Jednostek umorzonych w celu pobrania opłaty transakcyjnej za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU oraz liczbę Jednostek umorzonych w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia, wystawiane jest w trzecim dniu roboczym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Całkowity wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej, z zachowaniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

7. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec Dnia wyceny, na który zlecono umorzenie Jednostek.

8. Z kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek dokonanego w celu wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia potrącany jest podatek, o ile jest on należny.

9. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego, przelewu kwoty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

10. W przypadku wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia po terminie wpływu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci albo w przypadku, gdy obydwaj wnioski wpłyną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci.

11. Towarzystwo dokonuje Całkowitego wykupu ubezpieczenia, bez wniosku Ubezpieczonego, którym mowa w ust. 3 powyżej, w następujących przypadkach:

1) śmierć Ubezpieczonego – po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci, z zachowaniem terminów i zasad, o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo nie pobiera opłaty transakcyjnej za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU,

2) śmierć Ubezpieczonego, w sytuacji gdy zachodzą przesłanki ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa, o których mowa w § 7 OWU – po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci, z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej,

3) wypowiedzeniem Umowy ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczającego, o którym mowa w § 35 OWU – w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej,

4) rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w wyniku zaprzestania opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 12 ust. 2 pkt 1) OWU – na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej.

§ 21. OKRESOWE OGRANICZENIE PRAWA DO CZĘŚCIOWEGO I CAŁKOWITEGO WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. Na wniosek Ubezpieczającego złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia, prawo do dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia może być uniemożliwione przez wskazany przez Ubezpieczającego okres, zaczynający się od Dnia początku odpowiedzialności.

2. Jeżeli Ubezpieczający nie złoży wniosku o okresowe ograniczenie prawa do Częściowego wykupu ubezpieczenia lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia, wówczas w przypadku dokonywania odpowiednio Częściowego wykupu ubezpieczenia albo Całkowitego wykupu ubezpieczenia Ubezpieczony zwolniony jest z obowiązku doręczenia

zgody Ubezpieczającego, o której mowa odpowiednio w ust. 3 poniżej, i § 19 ust. 3 i § 20 ust. 2 OWU.

3. Jeżeli Ubezpieczający złoży wniosek o okresowe ograniczenie prawa do Częściowego wykupu ubezpieczenia lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia, wówczas w przypadku dokonywania odpowiednio Częściowego wykupu ubezpieczenia albo Całkowitego wykupu ubezpieczenia Ubezpieczony zobowiązany jest do doręczenia zgody Ubezpieczającego, wyłącznie w okresie ograniczenia prawa do odpowiednio Częściowego wykupu ubezpieczenia lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia.

§ 22. CESJA PRAW I OBOWIĄZKÓW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Cesja praw i obowiązków z Umowy ubezpieczenia jest możliwa, o ile Ubezpieczający i Ubezpieczony to ta sama osoba.

2. Umowa cesji praw i obowiązków z Umowy ubezpieczenia musi regulować zakres przekazywanych praw i obowiązków odpowiednio:

1) Ubezpieczającego – w przypadku dokonywania cesji praw i obowiązków Ubezpieczającego, w tym w szczególności prawa wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz obowiązku opłacania Składki regularnej,

2) Ubezpieczonego – w przypadku dokonywania cesji praw i obowiązków Ubezpieczonego, w tym w szczególności prawa do Częściowego wykupu, Całkowitego wykupu, zmiany Alokacji Składki i Konwersji Jednostek.

3. Niedopuszczalna jest zmiana osoby, która jest Ubezpieczonym w Umowie ubezpieczenia.

§ 23. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo zawieszenia opłacania Składek regularnych na okres od 3 do 12 miesięcy.

2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawieszenie opłacania Składek regularnych, nie wcześniej niż w 5 Rocznicę ubezpieczenia, o ile opłacił w pełnej wysokości wszystkie Składki regularne należne za pierwsze 5 Lat ubezpieczenia.

3. Jeżeli Ubezpieczający skorzystał z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych, to kolejny okres zawieszenia opłacania Składek regularnych może rozpocząć się w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:

1) nie wcześniej niż po upływie 5 lat kalendarzowych, licząc od ostatniego dnia ostatniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) należne Składki regularne w okresie 5 lat kalendarzowych, licząc od ostatniego dnia ostatniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych do dnia rozpoczęcia kolejnego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych, zostały opłacone w pełnej wysokości.

4. W okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych:

1) Składka regularna nie jest należna,

2) Ubezpieczający nie może wносить Dodatkowych składek funduszowych,

3) wyłączona jest odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile znajdowały się one w zakresie ochrony ubezpieczeniowej,

4) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie ulega zmianie.

5. Zawieszenie opłacania Składek regularnych i jego warunki muszą być uzgodnione pisemnie z Towarzystwem.

6. Zawieszenie opłacania Składki regularnej nie powoduje:

1) zaniechania pobierania przez Towarzystwo opłat z Indywidualnego rachunku, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU,

2) zmiany zasad dotyczących realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 19 OWU,



3) zmiany zasad dotyczących realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 20 OWU.

7. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych:

1) Składka regularna staje się należna w wysokości jak przed okresem zawieszenia opłacania Składek regularnych,

2) zostaje przywrócona odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile znajdowały się one w zakresie ochrony ubezpieczeniowej przed rozpoczęciem okresu zawieszenia opłacania Składki regularnej.

8. W celu potwierdzenia ustaleń pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem, o których mowa w niniejszym paragrafie, Towarzystwo wystawia nową wersję Polisy.

9. Jeżeli w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych wartość Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym nie wystarcza na pokrycie opłat, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU, wówczas Towarzystwo na piśmie:

1) zaproponuje Ubezpieczającemu podniesienie wysokości Składki regularnej do poziomu zapewniającego takie zasilanie Rachunku podstawowego Jednostkami Funduszy, które pozwoli na pokrywanie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 OWU),

2) wskaże 14 – dniowy termin na dokonanie wpłaty podwyższonej Składki regularnej,

3) poda skutki niezapłacenia podwyższonej Składki regularnej w terminie, o którym mowa w pkt 2) powyżej.

10. W przypadku gdy Składka regularna nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w wyznaczonym terminie, o którym mowa w ust. 9 pkt 2) powyżej, wówczas Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek braku Jednostek na Rachunku podstawowym umożliwiających pokrycie bieżących opłat przewidzianych Umową ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 OWU), z upływem ostatniego dnia terminu o którym mowa w ust. 9 pkt 2) powyżej.

11. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 10 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w którym dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 10 powyżej.

12. Z kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek, o którym mowa w ust. 11 powyżej, potrącany jest podatek, o ile jest on należny.

13. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 12 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję nadania przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 24. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ I SUMY UBEZPIECZENIA W OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo każdorazowo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o każdej zmianie wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczenia podstawowego albo wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych.

2. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami,

Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 1 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, po jej przekazaniu przez Towarzystwo. Jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej to w każdym składanym wniosku o zmianę: zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Składki regularnej lub sumy ubezpieczenia musi być zawarta zgoda Ubezpieczonego na dokonanie danej zmiany w Umowie ubezpieczenia.

3. Z zachowaniem terminów, o których mowa poniżej, każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo może zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa w trybie, o którym mowa w § 41 OWU. Zmiana zakresu odpowiedzialności Towarzystwa polegająca na:

1) dodaniu do zakresu ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczeń dodatkowych. Zmiana niniejsza może być dokonana w każdą Rocznicę ubezpieczenia i skutkuje:

a) zwiększeniem zakresu ochrony wynikającego z Umowy ubezpieczenia o zakres ryzyk znajdujących się w dodanym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zwiększeniem wysokości Składki regularnej o Składkę ochronną dobrowolną należną z tytułu dodanych Ubezpieczeń dodatkowych, z datą obowiązywania od pierwszego dnia miesiąca następującego po dniu Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano zwiększenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,

2) usunięciu z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych Ubezpieczeń dodatkowych. Zmiana niniejsza może być dokonana w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia i skutkuje:

a) zmniejszeniem zakresu ochrony wynikającego z Umowy ubezpieczenia o zakres ryzyk znajdujących się w usuniętym Ubezpieczeniu dodatkowym,

b) zmniejszeniem wysokości Składki regularnej o Składkę ochronną dobrowolną należną z tytułu usuniętych Ubezpieczeń dodatkowych, z datą obowiązywania od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonane zostało zmniejszenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej.

4. Ubezpieczający, w trybie o którym mowa w § 41 OWU, począwszy od 5 Rocznicy ubezpieczenia i na każdą kolejną Rocznicę ubezpieczenia, może zaproponować podwyższenie wysokości Składki regularnej, bez zmiany zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 3 powyżej. Podwyższenie wysokości Składki regularnej, w odniesieniu do części Składki regularnej będącej:

1) Składką funduszową – skutkuje zwiększeniem się kwoty pieniężnej, za którą kupowane są Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku podstawowym,

2) Składką ochronną dobrowolną – skutkuje podwyższeniem sumy ubezpieczenia dla Ubezpieczeń dodatkowych rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej i odpowiedniej dla danego Ubezpieczenia dodatkowego taryfy składek, która zależna jest od Wzrostu Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca okresu Ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z zapisami odpowiednich OWU.

5. Ubezpieczający, w trybie o którym mowa § 41 OWU, począwszy od 5 Rocznicy ubezpieczenia i na każdą kolejną Rocznicę ubezpieczenia, może zaproponować obniżenie wysokości Składki regularnej. Obniżenie wysokości Składki regularnej w odniesieniu do części Składki regularnej będącej:

1) Składką funduszową – skutkuje zmniejszeniem się kwoty pieniężnej,



za którą kupowane są Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku podstawowym,

2) Składką ochronną dobrowolną – skutkuje obniżeniem Sum ubezpieczenia dla Ubezpieczeń dodatkowych rozszerzających zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem obniżonej Składki ochronnej dobrowolnej i odpowiedniej dla danego Ubezpieczenia dodatkowego taryfy składek, która zależna jest od Wzrostu Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest obniżenie Składki regularnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca okresu Ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z zapisami odpowiednich OWDU.

6. Ubezpieczający, począwszy od 5 Rocznicy ubezpieczenia i na każdą kolejną Rocznicę ubezpieczenia, może zaproponować zmianę wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, przy czym:

1) w przypadku wniosku Ubezpieczającego o obniżenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, proponowana nowa suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego określona w Tabeli limitów, pkt 1a lub pkt 1b, Załącznik nr 1 do OWU, odpowiednio do Wzrostu Ubezpieczonego na Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywana jest przedmiotowa zmiana,

2) w przypadku wniosku Ubezpieczającego o podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 7 poniżej.

7. Towarzystwo może uzależnić zgodę na wprowadzenie w Umowie ubezpieczenia zmian, o których mowa w ust. 3 pkt 1) powyżej, ust. 4 pkt 2) powyżej oraz ust. 6 pkt 2) powyżej, od ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego w ramach której Towarzystwo zwróci się do:

a) Ubezpieczonego o podanie informacji o stanie jego zdrowia, wykonywanym przez niego zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych,

b) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych.

Ponadto Towarzystwo ma prawo, w ramach przeprowadzanej ponownej oceny ryzyka skierować Ubezpieczonego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

8. Nowa wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego będąca wynikiem jej podwyższenia lub obniżenia, o którym mowa w ust. 6 powyżej, brana jest pod uwagę przy naliczaniu opłaty za ryzyko pobieranej z Rachunku podstawowego, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 9) OWU.

9. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia może odmówić zgody na dokonanie zmian, o których mowa w niniejszym paragrafie.

10. Towarzystwo może zaproponować podwyższenie (indeksację) Składki regularnej i sum ubezpieczenia na zasadach, o których mowa w § 25 OWU.

11. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo, może odmówić zgody na dokonanie zmian, o których

mowa w ust. 3 – 6 powyżej.

12. Towarzystwo potwierdza dokonanie zmian, o których mowa w ust. 3 – 6 powyżej, poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

§ 25. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I SUM UBEZPIECZENIA

1. Począwszy od 5 Rocznicy ubezpieczenia, Towarzystwo dokonuje podwyższenia Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo w trybie, o którym mowa w ust. 2 poniżej.

2. Wskaźnik indeksacji określany jest przez Towarzystwo i zatwierdzany w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa, najpóźniej do dnia 30 kwietnia każdego roku kalendarzowego i ma zastosowanie do wszystkich Umów ubezpieczenia, dla których Rocznicą ubezpieczenia przypada w okresie od dnia 1 maja tego roku kalendarzowego do dnia 1 kwietnia w następnym roku kalendarzowym.

3. Podstawę wyznaczania wskaźnika indeksacji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, stanowi dwukrotność skumulowanego 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych obliczonego na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny na stronie internetowej <http://stat.gov.pl>, miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych na koniec poprzedniego roku kalendarzowego i

4. O ile wskaźnik indeksacji jest większy od zera, Towarzystwo podwyższenie wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

5. Ubezpieczającemu w odpowiedzi na nadesłaną przez Towarzystwo propozycję indeksacji Składki regularnej, przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu, przy czym jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej to sprzeciw Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego doręczonej Towarzystwu wraz ze sprzeciwem Ubezpieczającego. Zgłoszenie sprzeciwu oznacza brak zgody na indeksację i zachowanie Składki regularnej oraz sum ubezpieczenia w dotychczasowej wysokości.

6. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Składka regularna zostaje podwyższona, co wywołuje analogiczne skutki jak podwyższenie Składki regularnej przez Ubezpieczającego, o którym mowa w § 24 ust. 4 OWU, z zastrzeżeniem że podwyższenie sum ubezpieczenia jest dokonywane w następujący sposób: kwota odpowiadająca wysokości kwoty przeznaczonej na pokrycie kosztu ryzyka z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego jest mnożona przez wskaźnik indeksacji. Otrzymała w ten sposób kwota zamieniana jest na kwotę podwyższającą sumę ubezpieczenia należną z tytułu danego Zdarzenia ubezpieczeniowego według taryfy dla aktualnego Wzrostu Ubezpieczonego, częstotliwości opłacana Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do oznaczonego w odpowiednim OWDU końca Okresu ubezpieczenia dla Ubezpieczeń dodatkowych.

§ 26. UMOWA UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO Z OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie wcześniej niż w 5 Rocznicę ubezpieczenia pod warunkiem łącznego spełnienia warunków wskazanych w ust. 2 poniżej.

2. Umowa ubezpieczenia zostanie zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,



po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął pisemny wniosek Ubezpieczającego o dokonanie zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, przy czym jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony, to w składanym wniosku musi być zawarta zgoda Ubezpieczonego na zmianę Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

2) wszystkie Składki regularne należne za pierwsze 5 Lat ubezpieczenia zostały opłacone w pełnej wysokości.

3. Po upływie 5 Rocznic ubezpieczenia w sytuacji, o której mowa w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU, Towarzystwo dokonuje zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności bez wniosku Ubezpieczającego i bez zgody Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczający nie opłacił w pełnej wysokości należnej Składki regularnej z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu wskazanego przez Towarzystwo w pisemnym wezwaniu do zapłaty Składki regularnej.

4. Zmiana Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności następuje z pierwszym dniem okresu następującego po ostatnim okresie, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości.

5. Od dnia zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności:

1) Składka regularna nie jest należna,

2) wyłączona jest odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile znajdowały się one w zakresie ochrony ubezpieczeniowej.

3) suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego może ulec zmniejszeniu, jeżeli Ubezpieczający złożył na piśmie wniosek o jej zmniejszenie, z zastrzeżeniem, że nowa, zaproponowana przez Ubezpieczającego suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego ustalana w zależności od Wzrostu Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności, której wartość wskazana jest w Tabeli limitów, pkt 1a i 1b, Załącznik nr 1 do OWU.

6. Zmiana Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie powoduje:

1) zaniechania pobierania przez Towarzystwo opłat z Indywidualnego rachunku, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU,

2) zmiany zasad dotyczących realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 19 OWU,

3) zmiany zasad dotyczących realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 20 OWU.

7. Zmiana Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie wyłącza prawa Ubezpieczającego do opłacania Dodatkowych składek funduszowych.

8. Ubezpieczający w każdym czasie, po zmianie Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, może złożyć do Siedziby Towarzystwa wniosek na formularzu Towarzystwa o przywrócenie umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną, przy czym jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej, to w składanym wniosku musi być

zawarta zgoda Ubezpieczonego na przywrócenie umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną. Na podstawie informacji podanych we wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w zdaniu pierwszym, z zastrzeżeniem ust. 9 poniżej, Towarzystwo przeprowadza ponowną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego. O podjętej decyzji Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie.

9. W przypadku, gdy Ubezpieczający zaproponuje podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub zwróci się o wznowienie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wybranych lub wszystkich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi Ubezpieczony był objęty przed zmianą Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, Towarzystwo, o ile informacje zawarte we wniosku okażą się niewystarczające do przeprowadzenia ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, zwróci się do Ubezpieczonego i Ubezpieczającego o podanie dodatkowych informacji – w stosunku do Ubezpieczonego zakres dodatkowych informacji obejmuje: informacje o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego dane finansowe; w stosunku do Ubezpieczającego – jego dane finansowe oraz, o ile przedmiotem Ubezpieczenia dodatkowego jest życie lub zdrowie Ubezpieczającego, informacje o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby i sposobie spędzania wolnego czasu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego i Ubezpieczającego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo. Jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej, to w składanym wniosku musi być zawarta zgoda Ubezpieczonego na podwyższenie sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub wznowienie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu wybranych lub wszystkich Ubezpieczeń dodatkowych, którymi Ubezpieczony był objęty przed zmianą Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

10. Przywrócenie umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną następuje z pierwszym dniem miesiąca, następującego po miesiącu, w którym Ubezpieczający złożył wniosek o przywrócenie umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną, a Towarzystwo wyraziło na to zgodę, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego należnej Składki regularnej najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej następującym bezpośrednio po okresie, w którym Umowa ubezpieczenia posiadała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności. Zamiana Składki funduszowej będącej częścią Składki regularnej, o której mowa w zdaniu poprzednim oraz kolejnych należnych Składek funduszowych będących częścią kolejnych należnych Składek regularnych na Jednostki Funduszu odbywa się zgodnie z § 15 OWU. Towarzystwo potwierdza przywrócenie umowie ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną pisemnie poprzez wystawienie kolejnej wersji Polisy.

11. Zapłata Składek regularnych za okres, w którym Umowa ubezpieczenia posiadała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego



z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, nie jest wymagana przez Towarzystwo.

12. Jeżeli w okresie, w którym Umowa ubezpieczenia posiadała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczonym zakresem odpowiedzialności wartość Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym nie wystarcza na pokrycie opłat, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU, wówczas Towarzystwo na piśmie:

1) zaproponuje Ubezpieczającemu natychmiastowe przywrócenie umowie bezskładkowej statusu Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną,

2) wskaże 14 – dniowy termin na dokonanie wpłaty kolejnej Składki regularnej,

3) poda skutki niezapłacenia kolejnej Składki regularnej w terminie, o którym mowa w pkt 2) powyżej.

13. W przypadku gdy Składka regularna nie zostanie zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w wyznaczonym terminie, o którym mowa w ust. 12 pkt 2) powyżej, wówczas Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek braku Jednostek na Rachunku podstawowym umożliwiających pokrycie bieżących opłat przewidzianych Umową ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 OWU), z upływem ostatniego dnia terminu, o którym mowa ust. 12 pkt 2) powyżej.

14. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 13 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w który dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 13 powyżej.

15. Z kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek, o którym mowa w ust. 14 powyżej, potrącany jest podatek, o ile jest on należny.

16. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 15 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję nadania przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 27. DOPUSZCZALNE OPÓŹNIENIA I OGRANICZENIA W DOKONYWANIU OPERACJI NA RACHUNKU UBEZPIECZONEGO

1. Przy realizacji zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składek funduszowych lub Dodatkowych składek funduszowych na Jednostki Funduszy, umarzania Jednostek i Konwersji Jednostek, mogą nastąpić opóźnienia w stosunku do terminów zakupów i umorzeń Jednostek określonych w: § 4, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 32, § 33, § 34 i § 37 OWU, w przypadkach:

1) wystąpienia awarii: systemów energetycznych, systemów teleinformatycznych lub systemów transmisji i przesyłania danych, klęski żywiołowej, wojny, stanu wojennego bądź Aktów terroryzmu lub innej siły wyższej w rozumieniu kodeksu cywilnego,

2) wynikających z procedur realizacji dyspozycji przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych, agentów transferowych lub innych podmiotów obsługujących lub zarządzających instrumentami finansowymi, w które inwestowane są środki Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

3) okresowych ograniczeń realizacji dyspozycji przez towarzystwa

funduszy inwestycyjnych, agentów transferowych lub innych podmiotów obsługujących lub zarządzających instrumentami finansowymi, w które inwestowane są środki Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

4) zbieżności zleceń dokonanych przez Ubezpieczonego, jeżeli wykonanie kolejnego zlecenia jest uzależnione od wykonania zlecenia poprzedniego.

2. W przypadku wystąpienia opóźnień w realizacji zleconych prawidłowo dyspozycji, dyspozycje te są realizowane niezwłocznie, gdy ustala przyczyna opóźnienia.

3. W przypadku braku możliwości realizacji odpowiedniej dyspozycji przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, dyspozycję uznaje się za niewykonalną, a podjęcie dalszych kroków ustala się indywidualnie z Ubezpieczonym.

§ 28. LIKWIDACJA FUNDUSZU, ZAWIESZENIE SPRZEDAŻY JEDNOSTEK I ZMIANA NAZWY FUNDUSZU

1. Towarzystwo może dokonać likwidacji Funduszu lub zawiesić sprzedaż Jednostek całkowicie, na czas określony lub do odwołania.

2. Wszelkie informacje dotyczące likwidacji Funduszu, zawieszenia sprzedaży Jednostek bądź przywrócenia sprzedaży są ogłaszane na stronie internetowej Towarzystwa <http://www.compensa.pl>.

3. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji o likwidacji Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego albo o czasowym lub całkowitym zawieszeniu sprzedaży Jednostek danego Funduszu, ustaje możliwość zamiany Składek funduszowych lub Dodatkowych składek funduszowych na Jednostki tego Funduszu, również w drodze Konwersji Jednostek.

4. W przypadku likwidacji Funduszu, Towarzystwo zwróci się pisemnie do Ubezpieczonego, posiadającego na swoich Rachunkach Jednostki likwidowanego Funduszu z prośbą o złożenie dyspozycji Konwersji tych Jednostek na Jednostki innych Funduszy, podając termin do złożenia dyspozycji, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma, a w przypadku nie złożenia dyspozycji przez Ubezpieczonego w tym terminie, Towarzystwo dokona Konwersji Jednostek likwidowanego Funduszu na Jednostki Funduszu UFG Gwarantowany Compensa.

Aktualny wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie <http://www.compensa.pl>.

5. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji nabycia, z wyjątkiem dyspozycji Konwersji oraz zmiany Alokacji Składki funduszowej, określenia odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmiany określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej Jednostek Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu, Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji. Towarzystwo zwróci się wówczas pisemnie do Ubezpieczonego z prośbą o złożenie odpowiedniej dyspozycji, podając termin na jej złożenie, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma.

W przypadku nie złożenia dyspozycji przez Ubezpieczonego w tym terminie, Towarzystwo zamieni 100% Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na Jednostki Funduszu UFG Gwarantowany Compensa.

Aktualny wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie <http://www.compensa.pl>.

6. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji Konwersji na Jednostki Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu,



Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji, wyda decyzję odmowną i poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie.

7. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o zmianie Alokacji Składki funduszowej, odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmianie określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej – na Jednostki Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu, Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji, wyda decyzję odmowną i poinformuje o tym Ubezpieczonego na piśmie.

8. Zmiana nazwy Funduszu, o ile nie jest związana z jakimkolwiek zmianami w zakresie Regulaminu danego Funduszu nie stanowi zmiany zawartej Umowy ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzedzającym Towarzystwo zobowiązane jest do opublikowania informacji na stronie internetowej Towarzystwa <http://www.compensa.pl>.

§ 29. ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA W ZAKRESIE DOKONYWANIA OPERACJI NA INDYWIDUALNYCH RACHUNKACH UBEZPIECZONYCH

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za błędne wykonanie zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składek funduszowych lub Dodatkowych składek funduszowych na Jednostki Funduszy, umarzania Jednostek i Konwersji Jednostek, o ile przyczyna błędnego wykonania zlecenia leżała po stronie Towarzystwa.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności:

- 1) za brak realizacji dyspozycji zleconych nieprawidłowo,
- 2) za skutki opóźnień lub brak realizacji dyspozycji w przypadkach, o których mowa w § 15 ust. 7 oraz § 27 OWU.

§ 30. RYZYKO INWESTYCYJNE, RYZYKO KURSOWE I PRZECHOWYWANIE PIENIĘDZY UBEZPIECZONYCH

1. Inwestycje w Jednostki Funduszy obarczone są ryzykiem inwestycyjnym ponoszonym przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego; oznacza to że: mogą przynieść znaczące zyski, ale również wygenerować straty lub wypracować zyski niższe niż zakładane i oczekiwane przez inwestujące osoby.

2. Wszelkie zamiany walut są dokonywane po kursach kupna i sprzedaży walut, stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest w chwili zamiany rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Składek regularnych lub rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Dodatkowych składek funduszowych, przy czym obowiązuje zasada, że do zamiany waluty polskiej na walutę obcą stosuje się kurs sprzedaży, a do zamiany waluty obcej na walutę polską – kurs kupna. Ryzyko kursowe zamiany walut ponoszone jest przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

3. Towarzystwo przechowuje gotówkę Ubezpieczającego i Ubezpieczonego jedynie w czasie niezbędnym do wykonania zleceń, wypłaty Świadczeń lub wyjaśnienia wątpliwości.

4. Towarzystwo nie jest zobowiązane do naliczenia i wypłaty odsetek za okres przechowywania gotówki, w szczególności:

- 1) stanowiącej Składkę funduszową albo Dodatkową składkę funduszową oczekującą na zamianę na Jednostki,
- 2) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Częściowego lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia,
- 3) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Świadczenia,
- 4) stanowiącej wypłaty omyłkowe.

§ 31. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

1) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia od Umowy ubezpieczenia,

2) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia – na skutek wystąpienia z Umowy ubezpieczenia,

3) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,

4) w dniu, w którym dokonano umorzenia ostatnich Jednostek spośród wszystkich zgromadzonych na Indywidualnym rachunku – po śmierci Ubezpieczonego,

5) w dniu, w którym dokonano umorzenia ostatnich Jednostek spośród wszystkich zgromadzonych na Indywidualnym rachunku – na skutek dokonania wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia,

6) z upływem ostatniego dnia 14 – dniowego okresu wyznaczonego przez Towarzystwo, w sytuacjach o których mowa w § 11 ust. 10 pkt 2), § 23 ust. 9 pkt 2) oraz § 26 ust. 12 pkt 2) OWU – na skutek braku Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym na pokrycie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia. W niniejszym przypadku – o ile na Rachunku dodatkowym znajdowały się jakiegokolwiek Jednostki Funduszy – ulegają one umorzeniu zgodnie z zapisami: § 11, § 23 i § 26 OWU,

7) jeżeli dotyczy to niezapłaconych Składek regularnych należnych do dnia poprzedzającego dzień 5. Rocznicy ubezpieczenia, to Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu,

8) w dniu następującym bezpośrednio po upływie ostatniego dnia terminu dodatkowego, o którym mowa w § 12 ust. 1 OWU, a jeżeli dzień ten jest dniem wolnym od pracy, to w najbliższym dniu roboczym następującym po tym dniu – na skutek niezapłacenia należnej Składki regularnej w terminie dodatkowym, w sytuacji o której mowa w § 12 ust. 2 pkt 1) OWU.

2. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).

§ 32. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. Po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4 – 6 poniżej.



4. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec Dnia wyceny przypadającego w dniu wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

5. Z kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek potrącany jest podatek, o ile jest należny.

6. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona przelewu na rachunek bankowy Ubezpieczającego wskazany przez niego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym kwoty, o której mowa w ust. 4, powiększonej o kwotę gotówki, stanowiącej Składkę funduszową (Dodatkową składkę funduszową) lub część Składki funduszowej (Dodatkowej składki funduszowej), która nie została zamieniona na Jednostki Funduszy do dnia wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

7. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).

§ 33. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy zgodnie z § 10 ust. 9 OWU, informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

2. Po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3 – 5 poniżej.

3. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec Dnia wyceny przypadającego w dniu wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

4. Z kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek potrącane są:

1) opłata transakcyjna z tytułu odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 7) OWU, z zastrzeżeniem, że opłata niniejsza pobierana jest wyłącznie od kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, oraz

2) podatek, o ile jest należny.

5. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona przelewu na rachunek bankowy Ubezpieczającego wskazany przez niego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym kwoty, o której mowa w ust 4 powyżej.

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami i Ubezpieczony finansował koszt Składki, Ubezpieczający niezwłocznie zwraca Ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez Towarzystwo.

§ 34. Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia

1. W przypadku gdy Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczonym, Ubezpieczony w terminie 60 dni od dnia otrzymania, zgodnie z § 10 ust. 9 i 10 OWU, po raz pierwszy informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

2. W przypadku skorzystania przez Ubezpieczonego z prawa do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczony zobowiązany jest poinformować o tym fakcie na piśmie Ubezpieczającego.

3. Po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku zgodnie z zasadami określonymi w ust. 4 – 6 poniżej.

4. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec Dnia wyceny przypadającego w dniu wpływu do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

5. Z kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek potrącane są:

1) opłata transakcyjna za wystąpienie z Umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 8) OWU, z zastrzeżeniem, że opłata niniejsza pobierana jest wyłącznie od kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, oraz

2) podatek, o ile jest należny.

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczonym i Ubezpieczony finansował koszt Składki, Ubezpieczający niezwłocznie zwraca Ubezpieczonemu kwoty wypłacone przez Towarzystwo.

§ 35. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem 30 - dniowego okresu wypowiedzenia. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

2. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej (w tym: Składki ochronnej i Składki ochronnej dobrowolnej) za okres wypowiedzenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej.

3. W okresie wypowiedzenia Towarzystwo pobiera z Indywidualnego rachunku wszystkie opłaty, o których mowa w § 17 ust. 1 OWU.

4. Po upływie okresu wypowiedzenia, nie później jednak niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo dokona Całkowitego wykupu ubezpieczenia zgodnie z zasadami, o których mowa w § 20 OWU.

5. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część



Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).

§ 36. WZNOWIENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Z zachowaniem postanowień ust. 2-6 i 9 poniżej, na wniosek Ubezpieczającego, doręczony do Siedziby Towarzystwa na formularzu Towarzystwa, rozwiązana Umowa ubezpieczenia może być wznowiona, przy czym jeżeli, Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony, to w składanym wniosku musi być zawarta zgoda Ubezpieczonego na wznowienie Umowy ubezpieczenia. Prawo wznowienia Umowy ubezpieczenia dotyczy wyłącznie tych Umów ubezpieczenia, które zostały rozwiązane po upływie 5 Rocznicy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o wznowienie Umowy ubezpieczenia w okresie pierwszych 6 miesięcy od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

3. Na podstawie informacji podanych przez Ubezpieczającego we wniosku o wznowienie Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej, Towarzystwo przeprowadza ponowną ocenę ryzyka ubezpieczeniowego i podejmuje decyzję dotyczącą wznowienia rozwiązanej Umowy ubezpieczenia. Towarzystwo zastrzega sobie prawo odmówienia wyrażenia zgody na wznowienie Umowy ubezpieczenia. O podjętej decyzji Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, w przypadku decyzji odmownej Towarzystwo podaje do wiadomości Ubezpieczającego przyczyny odmowy.

4. O ile informacje zawarte we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej okazały się niewystarczające do przeprowadzenia ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo zwróci się do:

1) Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych,

2) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych oraz, jeżeli przedmiotem wybranego przez Ubezpieczającego Ubezpieczenia dodatkowego jest jego życie lub zdrowie: informacji o jego stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego i Ubezpieczającego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

5. Wyrażając zgodę na wznowienie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo określi, na podstawie wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, warunki wznowianej Umowy ubezpieczenia, tj.:

1) wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

2) wysokość sum ubezpieczenia na wypadek Zdarzeń ubezpieczeniowych w Ubezpieczeniu podstawowym, tj. śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienia Poważnego zachorowania, wystąpienia Choroby nowotworowej oraz powstania Trwałego inwalidztwa, z zastrzeżeniem, iż niniejsze wartości Towarzystwo określa wyłącznie w przypadku, gdy wznowienie umowy ubezpieczenia ma nastąpić w okresie pierwszych 3 Lat ubezpieczenia, licząc od Dnia początku odpowiedzialności,

3) wysokość Składki regularnej,

4) zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych,

ważne od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia.

6. W przypadku zgody na wznowienie Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający będzie zobowiązany do terminowego opłacania Składek regularnych należnych od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia. Warunkiem wznowienia Umowy ubezpieczenia jest opłacenie aktualnej należnej Składki regularnej.

7. Składki funduszowe będące częścią Składek regularnych, zamieniane są na Jednostki Funduszu, zgodnie z Alokacją Składki wskazaną we wniosku o wznowienie Umowy ubezpieczenia, a jeżeli we wniosku nie wskazano Alokacji Składki, zgodnie z Alokacją Składki obowiązującą w dniu rozwiązania wznowianej Umowy ubezpieczenia.

8. Zamiana Składek funduszowych na Jednostki Funduszu odbywa się zgodnie z § 15 OWU.

9. Wznowienie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo potwierdza pisemnie poprzez wystawienie kolejnej wersji Polisy.

§ 37. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego. Zawiadomienie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, powinno zostać dokonane poprzez złożenie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia za pośrednictwem poczty lub osobiście w Siedzibie Towarzystwa lub, w miarę możliwości, poprzez zgłoszenie roszczenia przez stronę internetową www.compensa.pl zgodnie z procedurą określoną Regulaminem świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który to regulamin jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl. Formularz wniosku, o którym mowa w zdaniu drugim, dostępny jest na stronie internetowej www.compensa.pl oraz u Agentów ubezpieczeniowych działających w imieniu i na rzecz Towarzystwa, jak i w Siedzibie Towarzystwa, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem na piśmie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zgłosić również Ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z Umowy ubezpieczenia.

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć:

1) kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu osoby składającej wniosek,

2) dokumenty informujące o Zdarzeniu ubezpieczeniowym:

a) w przypadku śmierci Ubezpieczonego albo śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku:

i) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

ii) kartę zgonu z podaną przyczyną zgonu (wystawioną przez lekarza stwierdzającego zgon),

iii) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję



lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,

iv) dokument medyczny potwierdzający udzielenie pierwszej pomocy medycznej oraz adres pogotowia ratunkowego, o ile pogotowie ratunkowe udzieliło Ubezpieczonemu pierwszej pomocy medycznej,

b) w przypadku wystąpienia Poważnego zachorowania: dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, leczony oraz w zależności od rodzaju Poważnego zachorowania następujące dokumenty potwierdzające jego wystąpienie:

i) w przypadku Choroby Alzheimera przed 65 rokiem życia – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

ii) w przypadku Choroby Parkinsona – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

iii) w przypadku Choroby Creutzfeldta-Jakoba – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

iv) w przypadku Choroby neuronu ruchowego (stwardnienia zanikowego bocznego) – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

v) w przypadku Ciężkich oparzeń – opinię lekarza specjalisty chirurga, zawierającą opis lokalizacji i rozległości doznanych obrażeń, stopień Oparzenia oraz dokumentację medyczną dotyczącą zastosowanego leczenia,

vi) w przypadku Ciężkiej sepsy – dokumentację medyczną wystawioną przez szpital, w którym było prowadzone leczenie,

vii) w przypadku Cukrzycy Typu I (insulinozależnej) – opinię lekarza diabetologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

viii) w przypadku Niedokrwistości aplastycznej – opinię lekarza hematologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz wynik morfologii krwi (liczba reticulocytów ≤ 20000 na milimetr sześcienny, neutrofilii ≤ 500 na milimetr sześcienny, płytek krwi ≤ 20000 na milimetr sześcienny) i wynik biopsji aspiracyjnej i trepanobiopsji szpiku,

ix) w przypadku Niewydolności nerek – dowody przewlekłego dializowania lub przebycia operacji transplantacji nerki,

x) w przypadku Operacji aorty – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xi) w przypadku Operacji wszczepienia zastawki serca – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xii) w przypadku Przeszczepu narządu – dowód przebycia operacji wraz z opisem operacji i wynikami badań,

xiii) w przypadku Schyłkowej niewydolności wątroby – opinię lekarza hepatologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

xiv) w przypadku Schyłkowej niewydolności oddechowej – opinię lekarza pulmonologa, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

xv) w przypadku Stwardnienia rozsianego – dwie niezależne opinie lekarzy neurologów, potwierdzające rozpoznanie i dające podstawy takiego rozpoznania, z zastrzeżeniem że opinie powinny być wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy po ustaleniu wstępnego rozpoznania oraz wyniki rezonansu magnetycznego lub tomografii komputerowej z widocznymi ogniskami demielinizacji,

xvi) w przypadku Tężca – opinię lekarza, stwierdzającą rozpoznanie choroby oraz dokumentację medyczną,

xvii) w przypadku Śpiączki – dokumentację leczenia podtrzymującego

życie wraz ze wskazaniem początku i zakończenia okresu leczenia oraz dokładnym opisem zastosowanych środków, rozpoznaniem i rokowaniem; potwierdzenie trwałych deficytów neurologicznych powinno nastąpić najwcześniej po 90 dniach występowania deficytów neurologicznych,

xviii) w przypadku Udaru mózgu – dowody na istnienie trwałych następstw i objawów neurologicznych przez okres dłuższy niż 90 dni oraz wyniki tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego,

xix) w przypadku Zawału Serca – dokumentację medyczną, zawierającą opis występowania typowych dolegliwości bólowych w klatce piersiowej; elektrokardiogram z zapisem obecności nowych, dotychczas niewystępujących zmian w zapisie elektrokardiograficznym, charakterystycznych dla martwicy mięśnia sercowego; wyniki badań biochemicznych dotyczących wzrostu aktywności enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego powyżej standardowych wartości prawidłowych dla danego laboratorium,

xx) w przypadku Zapalenia mózgu – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie Choroby oraz dokumentację medyczną,

xxi) w przypadku Zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych – opinię lekarza neurologa, stwierdzającą rozpoznanie Choroby oraz dokumentację medyczną,

c) w przypadku wystąpienia Choroby nowotworowej: dane adresowe placówek medycznych, w których Ubezpieczony był lub jest zarejestrowany, leczony oraz opinię lekarza onkologa stwierdzającą rozpoznanie Choroby nowotworowej oraz dokumentację medyczną, w tym wyniki badań histopatologicznych,

d) w przypadku Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego: zaświadczenie lekarskie o całkowitym zakończeniu leczenia i rehabilitacji oraz dokumentację medyczną, potwierdzającą prawo do otrzymania Świadczenia, w tym kopie wyników badań, stwierdzających istnienie Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz przebieg jego leczenia i rehabilitacji.

Dokumenty, o których mowa powyżej, powinny być doręczone w oryginale lub jako kopie; Towarzystwo zastrzega sobie prawo do żądania przedłożenia oryginałów dokumentów lub kopii potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Pracownika Towarzystwa albo inną upoważnioną przez Towarzystwo osobę, urzędnika administracji publicznej lub notariusza.

5. Przy ustalaniu procentu Trwałego inwalidztwa stosuje się Tabelę procentowej oceny Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, Załącznik nr 2 OWU.

6. Po wypłacie należnego Świadczenia z tytułu Trwałego inwalidztwa późniejsza zmiana stopnia Trwałego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do wypłaty, zmiany wysokości lub cofnięcia Świadczenia Towarzystwa.

7. W przypadku, gdy Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego powstało w obrębie narządu, organu lub układu ciała, których funkcje były upośledzone w wyniku samoistnej choroby lub wcześniejszego Nieszczęśliwego wypadku przed zaistnieniem Nieszczęśliwego wypadku powodującego odpowiedzialność Towarzystwa, wysokość Świadczenia należnego Ubezpieczonemu z tytułu Trwałego inwalidztwa oblicza się jako różnicę pomiędzy wartością procentową Trwałego inwalidztwa spowodowanego danym Nieszczęśliwym wypadkiem, a stopniem upośledzenia danego narządu, organu lub układu przed zaistnieniem danego Nieszczęśliwego wypadku.

8. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpiło poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności



Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

9. W celu ustalenia zasadności roszczenia lub określenia jego wysokości z tytułu: wystąpienia Poważnego zachorowania, wystąpienia Choroby nowotworowej lub powstania Trwałego inwalidztwa, Towarzystwo ma prawo zwrócić się do Ubezpieczonego o przedstawienie dodatkowych dokumentów mogących mieć wpływ na podjęcie decyzji, oraz skierować Ubezpieczonego na badania medyczne i konsultacje lekarskie w zakładach opieki zdrowotnej i u lekarzy wskazanych przez Towarzystwo, na koszt Towarzystwa.

10. Towarzystwo wypłaca Świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z Umowy ubezpieczenia w wyniku ustaleń dokonanych w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu, o którym mowa w niniejszym paragrafie, zawartej z nim ugody lub prawomocnego orzeczenia sądu.

11. Wypłata Świadczenia następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia. Jeżeli wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia okaże się niemożliwe, Świadczenie będzie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności stało się możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w zdaniu pierwszym.

12. Jeżeli w terminach, o których mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz
2) Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.

13. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym na piśmie:

1) osobę występującą z roszczeniem oraz
2) Ubezpieczonego, w przypadku gdy Ubezpieczony i Ubezpieczający są różnymi osobami i jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie – wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.

14. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, osobie występującej z roszczeniem lub Uprawnionemu z umowy ubezpieczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości Świadczenia. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez Towarzystwo udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez Towarzystwo.

15. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 14 powyżej, Towarzystwo udostępni, na żądanie, w postaci elektronicznej.

16. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 14 powyżej,
2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 14 powyżej informacji,
3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 14 powyżej

nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 14 powyżej.

17. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 14 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

18. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 14 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z umowy ubezpieczenia.

19. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wnioski o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia choćby od jednej osoby, Towarzystwo umorzy wszystkie Jednostki znajdujące się na Indywidualnym rachunku Ubezpieczonego, przy czym umorzenie Jednostek następuje w trzecim dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo takiego wniosku.

20. Do osób uprawnionych do Świadczenia zgłaszających roszczenie przez stronę internetową www.compensa.pl, zgodnie z ust. 1 powyżej, ma zastosowanie Regulamin świadczenia usługi zgłaszania roszczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia drogą elektroniczną w ramach portalu www.compensa.pl, który jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl, z zastrzeżeniem, że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.

§ 38. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU CHOROBY ŚMIERTELNEJ

1. W okresie ponoszenia przez Towarzystwo odpowiedzialności z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej Towarzystwo wypłaca wyłącznie jedno Świadczenie z tytułu Choroby śmiertelnej, niezależnie od liczby Chorób śmiertelnych i momentu ich zdiagnozowania.

2. W przypadku śmierci Ubezpieczonego po spełnieniu Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej Towarzystwo zmniejszy Świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego o kwotę wypłaconego Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej.

3. Wypłata Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej nie zwalnia z obowiązku opłacania Składki regularnej w dotychczasowej wysokości.

4. Począwszy od dnia postawienia diagnozy i rokowań, o których mowa w § 2 ust. 10 OWU, Ubezpieczający nie może dokonać żadnych zmian w Ubezpieczeniu podstawowym bez zgody Towarzystwa.

§ 39. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA NIEBĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ

1. Ubezpieczającemu, Uposażonemu lub osobie uprawnionej do Świadczenia nie będącym osobą fizyczną, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera – na adres Siedziby Towarzystwa,

b) osobiście, pozostawiając pisemną skargę lub zażalenie w Siedzibie Towarzystwa,

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00.

3. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia skargi lub zażalenia, skarga lub zażalenie powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,



2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej, składająca skargę lub zażalenie, wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej, składającej skargę lub zażalenie, Towarzystwo potwierdzi pisemnie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą fakt złożenia przez nią skargi lub zażalenia.

5. Towarzystwo zobowiązane jest do rozpatrzenia skargi lub zażalenia i udzielenia odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia. W przypadku uzasadnionej niemożności udzielenia odpowiedzi w tym terminie, Towarzystwo zobowiązane jest:

1) wyjaśnić przyczyny braku możliwości dotrzymania terminu, o którym mowa w zdaniu pierwszym,

2) wskazać okoliczności, które muszą zostać ustalone,

3) wskazać przewidywany termin udzielenia odpowiedzi, nie dłuższy jednak niż 90 dni od dnia otrzymania skargi lub zażalenia.

6. Złożenie skargi lub zażalenia niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażalenia.

7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba że uzgodniono z osobą wskazaną w ust. 1 powyżej, składającą skargę lub zażalenie, inną formę odpowiedzi.

8. Jeśli życzeniem osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i osoba ta wyraziła zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.

9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, składająca skargę lub zażalenie, ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń, wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej, przysługuje prawo wystąpienia do Komisji Nadzoru Finansowego oraz z powództwem do sądu powszechnego.

11. Spory wynikające z Umowy ubezpieczenia rozpatrują sądy właściwe według przepisów o właściwości ogólnej albo sądy właściwe dla siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej skargę lub zażalenie.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 40. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO, UBEZPIECZONEGO, UPOSAŻONEGO LUB OSOBĘ UPRAWNIONĄ DO ŚWIADCZENIA BĘDĄCYCH OSOBĄ FIZYCZNĄ (W TYM OSOBĄ FIZYCZNĄ WYKONUJĄCĄ DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZĄ LUB ZAWODOWĄ W RAMACH TZW. JEDNOOSOBOWEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LUB SPÓŁKI CYWILNEJ)

I. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) przysługuje prawo złożenia Reklamacji.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć Reklamację w formie:

1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej albo listownie,

2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 501 61 00 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,

3) w formie elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensazycie.com.pl.

4. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.

5. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia Reklamacji, Reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej, składająca Reklamację, wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania Reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.

8. Złożenie Reklamacji niezwłocznie po powzięciu przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.

9. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera, chyba że osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację wystąpi z wnioskiem o przesłanie odpowiedzi drogą elektroniczną.

W takim przypadku odpowiedź zostanie przesłana na adres e-mail podany przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej składającą Reklamację.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba wskazana w ust. 1 składającą Reklamację ma prawo:

1) odwołać się do Towarzystwa,

2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego



pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego,

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej Reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 41. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEŃ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zachowaniem postanowień zdania drugiego oraz o ile Umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej wszelkie zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony w związku z Umową ubezpieczenia powinny być dokonywane na piśmie i wysłane listownie lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa "mojaCompensa" dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość. Za zgodą Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia oświadczenia i zawiadomienia Towarzystwa w związku z Umową ubezpieczenia mogą być składane za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, chyba że powszechnie obowiązujące przepisy prawa, a w szczególności przepisy ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej stanowią inaczej.

2. Ubezpieczający, Ubezpieczony i Towarzystwo zobowiązują się informować wzajemnie o zmianie ich siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres e-mail).

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy wskazanej w ust. 1 powyżej, pod rygorem nieważności. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego pisemnego przekazania Ubezpieczonemu całości otrzymanych materiałów, tak aby Ubezpieczony miał możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

4. Ubezpieczający, który zamierza przedstawić Towarzystwu propozycje zmian w Umowie ubezpieczenia, musi uzgodnić te propozycje z Ubezpieczonym.

5. Ubezpieczający i Ubezpieczony są uprawnieni do wyrażenia pisemnego sprzeciwu w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji zmiany Umowy ubezpieczenia. Zgłoszenie sprzeciwu, o którym mowa w zdaniu poprzednim, uznaje się za brak zgody na proponowane przez Towarzystwo zmiany. Zmiana dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia w razie śmierci Ubezpieczonego.

6. Przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej informację w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi

osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje wskazane w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, przed wyrażeniem zgody na zmianę warunków Umowy ubezpieczenia lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia.

8. Zmiana Umowy ubezpieczenia na niekorzyść Ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do otrzymania Świadczenia wymaga zgody Ubezpieczonego. Ubezpieczony udziela Ubezpieczającemu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem formy pisemnej.

9. Ubezpieczający udziela Towarzystwu zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia, składając jednocześnie oświadczenie o otrzymaniu od Ubezpieczonego zgody na zmianę Umowy ubezpieczenia.

10. Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego przekazywania Ubezpieczonemu wszelkich informacji o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawianych przez Towarzystwo, w sposób zapewniający Ubezpieczonemu możliwość pełnego zapoznania się z nimi. W szczególności Ubezpieczający informuje Ubezpieczonego o objęciu go ochroną ubezpieczeniową, o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, w tym o Wartości wykupu, jeżeli wysokość Świadczeń uległa zmianie oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo niezwłocznie po jej otrzymaniu.

11. W przypadku dokonywania uzgodnionych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo zmian w zakresie ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wystawia kolejną wersję Polisy, która zastępuje wersję poprzednią z datą obowiązywania zmiany.

12. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje, o których mowa w ust. 3 powyżej, § 10 ust. 6 OWU oraz § 24 ust. 1 OWU.

13. W stosunku do informacji i zawiadomień, które zgodnie z OWU będą ogłaszane w dzienniku ogólnopolskim lub na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl, nie jest wymagana forma odrębnego, pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego.

14. Oświadczenia i wnioski składane Towarzystwu będą uważane za złożone skutecznie, o ile zostaną doręczone do Siedziby Towarzystwa lub wysłane za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa "mojaCompensa" dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl, o ile regulamin tego portalu zamieszczony na tej samej stronie internetowej opisuje taką możliwość.

15. Zawiadomienia i oświadczenia składane w związku z zawartą Umową ubezpieczenia Agentowi ubezpieczeniowemu uznaje się za złożone Towarzystwu, o ile zostały złożone na piśmie lub na innym trwałym nośniku.

§ 42. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W NINIEJSZYCH OWU

1. Do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

2. Na dzień wprowadzenia do obrotu niniejszych OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych:

a) (Specyfikacja źródeł przychodów): Art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.) w brzmieniu: „Źródłami przychodów są: (...)



kapitały pieniężne i prawa majątkowe, w tym odpłatne zbycie praw majątkowych innych niż wymienione w pkt 8 lit. a-c;”;

b) (Przychody z kapitałów pieniężnych): Art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Za przychody z kapitałów pieniężnych uważa się: (...) 5) przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, z zastrzeżeniem ust. 1c;”;

c) (Fundusze parasolowe): Art. 17 ust. 1c ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „1c. Nie ustala się przychodu z tytułu umorzenia jednostek uczestnictwa subfunduszu funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, w przypadku zamiany jednostek uczestnictwa subfunduszu na jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego, dokonanej na podstawie ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 157 ze zm.)”;

d) (Wyłączenie zwolnienia z podatku dochodu z funduszu kapitałowego): art. 21 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 24 ust. 15 i ust. 15a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.), w brzmieniu: „Art. 21 ust. 1. Wolne od podatku dochodowego są:

4) kwoty otrzymane z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych, z wyjątkiem:

b) dochodu, o którym mowa w art. 24 ust. 15 i 15a;

Art. 24 ust. 15. Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy.

Art. 24 ust. 15a. Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych albo

2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik – jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.”

e) (Określenie dochodu w przypadku ubezpieczeń z funduszem kapitałowym):

i) Art. 24 ust. 15 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej w związku z umową ubezpieczenia zawartą na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej, w przypadku ubezpieczeń związanych z funduszami kapitałowymi, jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a sumą składek wpłaconych do zakładu ubezpieczeń, które zostały przekazane na fundusz kapitałowy.”;

ii) Art. 24 ust. 15a ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

1) ustalane na podstawie określonych indeksów lub innych wartości bazowych, albo

2) równe składce ubezpieczeniowej powiększonej o określony w umowie ubezpieczenia wskaźnik – jest różnica między wypłaconą kwotą świadczenia a składką wpłaconą do zakładu ubezpieczeń.”

iii) Art. 24 ust. 15b ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu:

„Przepis ust. 15a pkt 1 nie ma zastosowania do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie odrębnych przepisów, dla których przy ustalaniu wartości rezerwy w dziale ubezpieczeń na życie jest stosowana stopa techniczna, o której mowa w przepisach o rachunkowości zakładów ubezpieczeń.”

f) (Stawka podatku): art. 30a ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy, z zastrzeżeniem art. 52a:

5) od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych;

5a) od dochodu z tytułu umów ubezpieczenia, o którym mowa w art. 24 ust. 15a”;

g) (Zwolnienie dochodów kapitałowych z polis zawartych przed 1 grudnia 2001 r.): Art. 52a ust. 1 pkt 3, ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Zwalnia się od podatku dochodowego: (...) dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, o których mowa w art. 30a ust. 1 pkt 5, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r.; zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu – w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r. (...)”;

h) (Towarzystwo Ubezpieczeń jako płatnik podatku osoby ubezpieczonej z funduszem kapitałowym): Art. 41 ust. 4d ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Zryczałtowany podatek dochodowy od dochodów (przychodów), o których mowa w art. 30a ust. 1 pkt 4, w zakresie dywidendy oraz dochodów (przychodów) określonych w art. 24 ust. 5 pkt 1, 3 lub 6, a także zryczałtowany podatek dochodowy, o którym mowa w art. 30a ust. 1 pkt 2 i 5, pobierają, jako płatnicy, podmioty prowadzące rachunki papierów wartościowych dla podatników, jeżeli dochody (przychody) te zostały uzyskane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wiążą się z papierami wartościowymi zapisanymi na tych rachunkach, a wypłata świadczenia na rzecz podatnika następuje za pośrednictwem tych podmiotów.”

2) Przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób prawnych:

a) (Definicja przychodów należnych): art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 851 ze zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”;

b) (Przychody należne bez odkupywania jednostek uczestnictwa): Art. 12 ust. 1 pkt 4a ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przychodami (...) są w szczególności (...) dla uczestników funduszy inwestycyjnych – otrzymane dochody funduszu, w przypadku gdy statut przewiduje wypłacanie tych dochodów bez odkupywania jednostek uczestnictwa albo wykupywania certyfikatów inwestycyjnych”;

c) (Fundusze parasolowe): Art. 12 ust. 4 pkt 20 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Do przychodów nie zalicza się: (...) przychodów z tytułu umorzenia jednostek uczestnictwa subfunduszu funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, w przypadku zamiany jednostek uczestnictwa subfunduszu na jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego, dokonanej zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”;

d) (Koszty uzyskania przychodu): Art. 16 ust. 1 pkt 8 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Nie uważa się za koszty uzyskania przychodu (...) wydatków na objęcie lub nabycie udziałów albo wkładów w spółdzielni, udziałów (akcji) oraz papierów wartościowych,



a także wydatków na nabycie tytułów uczestnictwa w funduszach kapitałowych; wydatki takie są jednak kosztem uzyskania przychodu z odpłatnego zbycia tych udziałów (akcji) oraz papierów wartościowych, w tym z tytułu wykupu przez emitenta papierów wartościowych, a także z odkupienia albo umorzenia tytułów uczestnictwa w funduszach kapitałowych, z zastrzeżeniem ust. 7e;”,

e) (Skutki kosztowe przy zamianie jednostek uczestnictwa subfunduszy – fundusze parasolowe): Art. 16 ust. 7e ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przepisu ust. 1 pkt 8 zdanie po średniku nie stosuje się przy zamianie jednostek uczestnictwa subfunduszu na jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, dokonanej zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”,

f) (Fundusze kapitałowe): Art. 16 ust. 7f ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przez fundusze kapitałowe, o których mowa w ust. 1 pkt 8, rozumie się fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”,

g) (Koszty uzyskania przychodu pracodawcy): Art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: “Nie uważa się za koszty uzyskania przychodów (...) składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka, o którym mowa w dziale I w grupach 1, 3 i 5 oraz w dziale II w grupach 1 i 2 załącznika do ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności

ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844), jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

- i. wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
 - ii. możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - iii. wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie;”
- h) (Stawka podatku dochodowego od osób prawnych): art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Podatek, z zastrzeżeniem art. 21, art. 22 i art. 24a wynosi 19% podstawy opodatkowania”.

§ 43. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

§ 44. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 165/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2016 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



Załącznik nr I

do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015

Tabela opłat

Tytuł opłaty	L.p.	Sposób pobierania i wysokość opłaty		
opłata dystrybucyjna	1.	jest pobierana jako procent od wartości Jednostek powstałych w wyniku zainwestowania każdej kolejnej zapłaconej i należnej za pierwszy Rok ubezpieczenia Składki funduszowej, a jej wysokość uzależniona jest od Wiek Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności:		
		Wiek Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności (lata)	wysokość opłaty w procentach	
		do 55	60%	
		56	50%	
		57	40%	
		58	30%	
		59	20%	
		60	10%	
		61	5%	
		62	5%	
		63	5%	
		64	5%	
65	5%			
opłata za prowadzenie Umowy ubezpieczenia	2.	a) 13,90 PLN miesięcznie		
		b) jest pobierana miesięcznie jako procent wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Indywidualnym rachunku powstałych w wyniku zainwestowania wpłaconych Składek funduszowych oraz wpłaconych Dodatkowych składek funduszowych, opłata zróżnicowana jest ze względu na sumę Składek funduszowych należnych w pierwszym Roku ubezpieczenia i wynosi:		
		Suma Składek funduszowych należnych w pierwszym Roku ubezpieczenia	Wysokość miesięcznej opłaty w pierwszych 10 Latach ubezpieczenia	Wysokość miesięcznej opłaty zmniejszonej o 50% po pierwszych 10 Latach ubezpieczenia*
		do 2 399 PLN	0,160%	0,0800%
		2 400 – 3 599 PLN	0,140%	0,0700%
		3 600 – 5 999 PLN	0,120%	0,0600%
6 000 – 11 999 PLN	0,100%	0,0500%		
powyżej 12 000 PLN	0,075%	0,0375%		
opłaty transakcyjne: z tytułu Konwersji Jednostek	3.	a) 0 PLN za każdą Konwersję, dokonywaną za pomocą portalu mojaCompensa, niezależnie od liczby dokonanych Konwersji w każdym Roku ubezpieczenia		
		b) 0 PLN za pierwsze 20 Konwersji, dokonywanych z pominięciem portalu mojaCompensa w każdym Roku ubezpieczenia		
		c) 10 PLN za każdą następną Konwersję, dokonywaną z pominięciem portalu mojaCompensa, w każdym Roku ubezpieczenia		
z tytułu zmiany Alokacji Składki	4.	a) 0 PLN za pierwsze 12 zmian Alokacji Składki (przy czym przez zmianę Alokacji Składki należy rozumieć: zmianę Alokacji Składki Funduszowej, określenie odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, zmianę określoną uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej) w każdym Roku ubezpieczenia		
		b) 10 PLN za każdą kolejną zmianę Alokacji Składki (przy czym przez zmianę Alokacji Składki należy rozumieć: zmianę Alokacji Składki Funduszowej, określenie odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, zmianę określoną uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej) w każdym Roku ubezpieczenia		
z tytułu dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia z Rachunku podstawowego	5.	opłata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia. Wysokość opłaty wynosi 4% od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu dokonania Częściowego wykupu ubezpieczenia. Niniejszej opłaty transakcyjnej nie pobiera się jeżeli Częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest: 1) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, 2) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, 3) z Rachunku dodatkowego, na którym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy powstałe w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.		



z tytułu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia	6.	<p>Oplata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia.</p> <p>Wysokość opłaty wynosi 4% od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia.</p> <p>Niniejszej opłaty transakcyjnej nie pobiera się jeżeli Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po upływie 10 Rocznicy ubezpieczenia, 2) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, 3) z Rachunku dodatkowego, na którym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy powstałe w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.
z tytułu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 33 OWU	7.	<p>Oplata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o odstąpienie od Umowy ubezpieczenia.</p> <p>Wysokość opłaty wynosi 4% od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o odstąpienie od Umowy ubezpieczenia.</p> <p>Niniejszej opłaty transakcyjnej nie pobiera się jeżeli odstąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia dokonywane jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, 2) z Rachunku dodatkowego, na którym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy powstałe w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.
z tytułu wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 34 OWU	8.	<p>Oplata pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Rachunku podstawowym, z uwzględnieniem Cen Jednostek z Dnia Wyceny, w którym realizowane jest umorzenie Jednostek w celu realizacji wniosku Ubezpieczonego o wystąpienie z Umowy ubezpieczenia.</p> <p>Wysokość opłaty wynosi 4% od wartości Jednostek zgromadzonych na Rachunku podstawowym, które podlegają umorzeniu w celu realizacji wniosku Ubezpieczającego o wystąpienie od Umowy ubezpieczenia.</p> <p>Niniejszej opłaty transakcyjnej nie pobiera się jeżeli wystąpienie przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia dokonywane jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia, 2) z Rachunku dodatkowego, na którym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy powstałe w wyniku zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.

* warunek redukcji opłaty za prowadzenie Umowy ubezpieczenia oraz zasada wydłużania okresu stosowania nie pomniejszonej opłaty został opisany w § 17 ust. 1 pkt 2) lit. c) OWU, natomiast zastrzeżenie dotyczące braku redukcji opłaty za prowadzenie Umowy ubezpieczenia zostało opisane w § 17 ust. 1 pkt 2) lit. d) OWU

Opłaty wskazane w pkt 2a, 3c i 4b w Tabeli opłat podlegają indeksacji na zasadach wskazanych w § 17 ust. 3 OWU.

Tabela limitów

L.p.		Limit
1.	<p>a) Minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w odniesieniu do Ubezpieczonego, który w Dniu początku odpowiedzialności ukończył 3 miesiące i nie ukończył 18 roku życia</p>	<p>nie może być niższa niż kwota obliczona jako suma:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) iloczynu urocznionnej Składki za Ubezpieczenie podstawowe, która zadeklarowana została we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i liczby 10, i b) kwoty 100 PLN (słownie: sto złotych)
1.	<p>b) Minimalna suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego w odniesieniu do Ubezpieczonego, który w Dniu początku odpowiedzialności ukończył 18 lat i nie ukończył 65 roku życia musi jednocześnie spełniać 2 warunki:</p>	<p>a) nie może być niższa niż kwota obliczona jako suma:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) iloczynu urocznionnej Składki za Ubezpieczenie podstawowe, która zadeklarowana została we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i liczby 10, i b) kwoty 100 PLN (słownie: sto złotych), <p>b) nie może być niższa niż 50.000 PLN (słownie: pięćdziesiąt tysięcy złotych)</p>
2.	Zredukowana suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego z tytułu Ubezpieczenia podstawowego począwszy od Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 70 rok życia	1 000 PLN
3.	Minimalna wartość aktywów pozostających na Rachunku podstawowym po dokonaniu Częściowego wykupu ubezpieczenia	2 000 PLN



Taryfa rocznych stawek Składki ochronnej stosowana do obliczania wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia Zdarzenia ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 3) – 6) OWU

L.p.	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Jednostkowa roczna stawka Składki ochronnej za 1 000 PLN sumy ubezpieczenia
1.	śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	1,980
2.	trwale inwalidztwo w następstwie Nieszczęśliwego wypadku	3,190
3.	wystąpienie Poważnego zachorowania	17,490
4.	wystąpienie Choroby nowotworowej	24,486

Taryfa stosowana do naliczania opłat za ryzyko (ochronę ubezpieczeniową)

Tabela jednostkowych rocznych stawek opłat za 1 PLN kwoty różnicy, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 9) OWU

Wiek	Współczynnik	Wiek	Współczynnik	Wiek	Współczynnik	Wiek	Współczynnik
0	0,00614	51	0,00787	25	0,00077	76	0,05239
1	0,00042	52	0,00856	26	0,00080	77	0,05748
2	0,00030	53	0,00927	27	0,00084	78	0,06311
3	0,00021	54	0,01003	28	0,00089	79	0,06931
4	0,00017	55	0,01081	29	0,00094	80	0,07610
5	0,00016	56	0,01163	30	0,00101	81	0,08348
6	0,00016	57	0,01250	31	0,00109	82	0,09147
7	0,00015	58	0,01341	32	0,00119	83	0,10006
8	0,00016	59	0,01437	33	0,00129	84	0,10928
9	0,00016	60	0,01539	34	0,00142	85	0,11914
10	0,00017	61	0,01646	35	0,00157	86	0,12967
11	0,00017	62	0,01762	36	0,00174	87	0,14087
12	0,00018	63	0,01886	37	0,00193	88	0,15282
13	0,00021	64	0,02019	38	0,00214	89	0,16555
14	0,00025	65	0,02164	39	0,00238	90	0,17903
15	0,00032	66	0,02322	40	0,00265	91	0,19350
16	0,00041	67	0,02495	41	0,00293	92	0,20877
17	0,00050	68	0,02686	42	0,00327	93	0,22485
18	0,00059	69	0,02896	43	0,00363	94	0,24172
19	0,00068	70	0,03130	44	0,00404	95	0,25937
20	0,00073	71	0,03390	45	0,00448	96	0,27778
21	0,00076	72	0,03682	46	0,00496	97	0,29693
22	0,00078	73	0,04008	47	0,00547	98	0,31678
23	0,00078	74	0,04373	48	0,00602	99	0,33731
24	0,00077	75	0,04783	49	0,00661	100	0,35845
				50	0,00722		



Załącznik nr 2

do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova
o symbolu BRP-8015

Tabela oceny procentowej Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku

Lp.	Rodzaj inwalidztwa	% inwalidztwa
1.	Narządy zmysłów	
1.1.	utrata wzroku w obu oczach	100%
1.2.	utrata wzroku w jednym oku	35%
1.3.	utrata wzroku w jednym oku, gdy przed zaistnieniem wypadku drugie oko było całkowicie i trwale upośledzone	50%
1.4.	utrata słuchu w obu uszach	50%
1.5.	utrata słuchu w jednym uchu	15%
1.6.	utrata słuchu w jednym uchu, gdy przed zaistnieniem wypadku drugie ucho było całkowicie i trwale upośledzone	25%
1.7.	utrata mowy (obejmuje całkowitą utratę języka oraz afazję ruchową i czuciową)	40%
2.	Głowa	
2.1.	utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości na powierzchni większej niż 6 cm kw	30%
2.2.	utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości na powierzchni od 3 do 6 cm kw.	20%
2.3.	utrata tkanki kostnej czaszki na całej jej grubości na powierzchni mniejszej niż 3 cm kw.	10%
3.	Kończyny górne (utrata)	
3.1.	utrata kończyny górnej w stawie barkowym	70%
3.2.	utrata kończyny górnej powyżej lub na poziomie stawu łokciowego	60%
3.3.	utrata kończyny górnej poniżej stawu łokciowego	55%
3.4.	utrata jednej dłoni	50%
4.	Kończyny górne (usztywnienie)	
4.1.	usztywnienie barku	35%
4.2.	usztywnienie łokcia	30%
4.3.	usztywnienie nadgarstka w położeniu niekorzystnym (w zgięciu grzbietowym lub dłoniowym i odwrócenie przedramienia)	30%
4.4.	usztywnienie nadgarstka w położeniu korzystnym (w pozycji pośredniej i nawrócenie przedramienia)	20%
5.	Kończyny górne (porażenie nerwów)	
5.1.	całkowite porażenie całej kończyny górnej	60%
5.2.	całkowite porażenie nerwu promieniowego w okolicy barku	40%
5.3.	całkowite porażenie nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia	30%
5.4.	całkowite porażenie nerwu pachowego	20%
5.5.	całkowite porażenie nerwu łokciowego	20%
5.6.	całkowite porażenie nerwu promieniowego przedramienia poniżej odejścia gałęzi głębokiej	10%
6.	Kończyny dolne (utrata)	
6.1.	utrata kończyny dolnej w stawie biodrowym	70%
6.2.	utrata kończyny dolnej powyżej lub na poziomie stawu kolanowego	60%
6.3.	utrata kończyny dolnej poniżej stawu kolanowego	50%
6.4.	utrata stopy w całości	40%
6.5.	utrata stopy z wyłączeniem pięty	30%
7.	Kończyny dolne (usztywnienie)	
7.1.	usztywnienie stawu biodrowego	40%
7.2.	usztywnienie stawu kolanowego	25%
7.3.	usztywnienie stawu skokowego	15%
8.	Kończyny dolne (skrócenie – nie dotyczy utraty części kończyny)	
8.1.	skrócenie kończyny dolnej o więcej niż 5 cm	30%
8.2.	skrócenie kończyny dolnej od 3 do 5 cm włącznie	20%
9.	Kończyny dolne (porażenie nerwów)	
9.1.	całkowite porażenie całej kończyny dolnej	60%
9.2.	całkowite porażenie nerwu kulszowego	40%
9.3.	całkowite porażenie nerwu udowego	30%
10.	Porażenie czterokończynowe	100%



I 1.	Miednica – trwałe uszkodzenie miednicy upośledzające chodzenie na skutek	
I 1.1.	rozejścia się spojenia łonowego powyżej 6 cm	30%
I 1.2.	pełnej niewydolności mięśni pośladkowych (dodatni objaw Trendleburga)	30%
I 1.3.	masywnych zmian zwyrodnieniowych pourazowych stawu biodrowego z ograniczeniem ruchomości o co najmniej 60% w każdej płaszczyźnie	30%
I 2.	Kręgosłup	
I 2.1.	uszkodzenia kręgosłupa z trwałym niedowładem kończyn dolnych i porażeniem zwieraczy	80%
I 2.2.	uszczywnienie kręgosłupa szyjnego (w pozycji zgięcia co najmniej 30° lub w pozycji wyprostowania co najmniej 40° potwierdzonego zdjęciem rentgenowskim)	30%
I 2.3.	uszczywnienie kręgosłupa piersiowego (w pozycji zgięcia co najmniej 80° lub w pozycji wyprostowania co najmniej 30° potwierdzonego zdjęciem rentgenowskim)	20%
I 2.4.	uszczywnienie kręgosłupa lędźwiowego (w pozycji zgięcia co najmniej 45° potwierdzonego zdjęciem rentgenowskim)	30%
I 3.	Klatka piersiowa	
I 3.1.	uszkodzenie serca prowadzące do niewydolności krążenia	35%
I 3.2.	uszkodzenie serca z wydolnym układem krążenia	15%
I 3.3.	utrata gruczołu piersiowego u kobiety	25%
I 3.4.	uszkodzenie płuc i opłucnej z trwałą niewydolnością oddechową potwierdzoną spirometrią i badaniem gazometrycznym	25%
I 4.	Jama brzuszna	
I 4.1.	utrata śledziony	10%
I 4.2.	utrata żołądka (więcej niż 60% narządu)	20%
I 4.3.	utrata jelita cienkiego lub grubego (więcej niż 50% długości narządów) powodująca trwałe zaburzenia trawienia lub stanu odżywiania	20%
I 4.4.	uszkodzenie zwieracza odbytu powodujące stałe nietrzymanie gazów i stolca	30%
I 4.5.	uszkodzenie wątroby (więcej niż 50%miąższu) prowadzące do jej trwałej niewydolności	20%
I 4.6.	uszkodzenie trzustki prowadzące do jej trwałej niewydolności	30%
I 5.	Narządy moczowo – płciowe	
I 5.1.	utrata nerki w całości przy drugiej nerce zdrowej i prawidłowo działającej	20%
I 5.2.	utrata nerki przy drugiej nerce niewydolnej	60%
I 5.3.	uszkodzenie pęcherza lub cewki moczowej prowadzące do nietrzymania moczu	20%
I 5.4.	całkowita utrata prącia	40%
I 5.5.	całkowita utrata jądra lub jajnika	20%
I 5.6.	utrata macicy u kobiety w wieku do 45 roku życia	40%
I 5.7.	utrata macicy u kobiety w wieku powyżej 45 roku życia	20%



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015:

1. § 39 ust. 2 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67.”

2. § 40 ust. 3 pkt 2) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2) ustnie – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67 albo osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej,”

3. § 40 ust. 11 pkt 1) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym

zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: <https://rf.gov.pl/>),”

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/01/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 3 stycznia 2017 r. wchodzi w życie z dniem 10 stycznia 2017 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015:

1. § 2 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**6. Alokacja Składki** – określony przez Ubezpieczającego procentowy podział odpowiednio: Składki funduszowej lub Dodatkowej składki funduszowej wskazujący, jaką część Składki funduszowej lub Dodatkowej składki funduszowej należy przekazać na zakup Jednostek wybranego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, uwzględniany przy zakupie Jednostek poszczególnych Ubezpieczeniowych funduszy wybranych w danej Umowie ubezpieczenia.”.

2. § 2 ust. 24 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**24. Indywidualny rachunek** – wyodrębniony i prowadzony przez Towarzystwo dla każdej Umowy ubezpieczenia Indywidualny rachunek Jednostek, obejmujący:

1) Rachunek podstawowy, na którym ewidencjonowane są Jednostki Funduszu zakupione za zapłaconą Składkę funduszową,

2) Rachunek dodatkowy, na którym ewidencjonowane są Jednostki Funduszu zakupione za zapłaconą Dodatkową składkę funduszową.”.

3. § 2 ust. 26 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**26. Konwersja Jednostek** – zamiana Jednostek danego UFK na Jednostki innych UFK, polegająca na umorzeniu Jednostek wskazanego przez Ubezpieczającego Funduszu (Funduszy) oraz zakupie za uzyskane w ten sposób środki finansowe Jednostek innego Funduszu (Funduszy) wskazanego przez Ubezpieczającego na zasadach, o których mowa w § 16 OWU.”.

4. § 2 ust. 48 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**48. Wartość wykupu ubezpieczenia** – kwota pieniężna ustalona przez Towarzystwo na dany dzień w celu udzielenia Ubezpieczającemu informacji o stanie Indywidualnego rachunku, albo realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia, albo realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia, przy obliczaniu której stosuje się następującą regułę:

1) w pierwszej kolejności ustala się wartość Jednostek Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku (biorąc odpowiednio pod uwagę: wszystkie zgromadzone Jednostki – przy udzielaniu informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia lub Całkowitym wykupie albo części zgromadzonych Jednostek – przy Częściowym wykupie) jako iloczyn:

a) liczby Jednostek poszczególnych Funduszy,

b) Ceny Jednostek poszczególnych Funduszy ustalonych w danym Dniu Wyceny,

2) następnie ustala się kwotę pieniężną stanowiącą Wartość wykupu ubezpieczenia poprzez pomniejszenie kwoty, o której mowa w pkt 1) powyżej odpowiednio o:

a) opłatę transakcyjną, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU – gdy dotyczy to udzielania informacji o Wartości wykupu ubezpieczenia lub dokonywaniu Całkowitego wykupu ubezpieczenia, albo

b) opłatę transakcyjną, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 5) OWU – gdy dotyczy to Częściowego wykupu ubezpieczenia,

z zastrzeżeniem, iż obliczona w ten sposób Wartość wykupu

ubezpieczenia nie jest pomniejszona o podatek od zysków kapitałowych.”.

5. § 4 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**6.** W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Poważnego zachorowania.

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, niezależnie od liczby Poważnych zachorowań.”.

6. § 4 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**7.** W przypadku wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia, albo dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 7 OWU, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia na wypadek wystąpienia u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego, potwierdzonej w Polisie i aktualnej na pierwszy Dzień wystąpienia Nowotworu złośliwego.

Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do jednorazowej wypłaty sumy ubezpieczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Nowotworu złośliwego, niezależnie od liczby Nowotworów złośliwych.”.

7. § 5 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„**3.** Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych: śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, wystąpienie Poważnego zachorowania, wystąpienie Choroby nowotworowej oraz Trwałe inwalidztwo Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – wchodzących w zakres odpowiedzialności Ubezpieczenia podstawowego wygasa w przypadkach wskazanych w ust. 2 powyżej, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu poprzedzającym dzień 3 Rocznicy ubezpieczenia,

2) w dniu poprzedzającym dzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w Roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 65 rok życia,

3) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Poważnego zachorowania, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia – tylko w stosunku do wystąpienia Poważnego zachorowania,

4) w dniu złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu zdiagnozowania u Ubezpieczonego Choroby nowotworowej, chyba że Towarzystwo odmówiło wypłaty Świadczenia – tylko w stosunku do wystąpienia Choroby nowotworowej,



5) w dniu wypłaty Świadczenia, jeżeli wypłacane Świadczenie samo lub łącznie z poprzednio wypłaconymi Świadczeniami z tytułu Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, w okresie obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, wyczerpuje 200% sumy Ubezpieczenia z tytułu wystąpienia Trwałego inwalidztwa w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, określonej w Polisie – tylko w stosunku do wystąpienia Trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.”

8. W § 10 skreśla się ust. 10.

9. § 11 ust. 12 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„12. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 11 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w którym dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 11 powyżej.”

10. § 11 ust. 14 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„14. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 13 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.”

11. § 13 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ubezpieczający określa we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokację Składki funduszowej, przy czym suma wskazań musi wynosić 100%. W przypadku, gdy:

1) Ubezpieczający nie określi we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokacji Składki funduszowej, 100% wpłaconej Składki funduszowej lokowane jest w UFK Gwarantowany Compensa, a w przypadku jego likwidacji lub czasowego wstrzymania sprzedaży Jednostek tego Funduszu, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczającego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki funduszowej, podając termin na określenie Alokacji Składki funduszowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego pisma. Brak określenia Alokacji Składki funduszowej w tym terminie należy rozumieć jako odmowę zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w rozumieniu § 8 ust. 15 OWU,

2) Ubezpieczający określił Alokację Składki funduszowej w ten sposób, że suma wskazań jest różna od 100%, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczającego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki funduszowej, podając termin na określenie Alokacji Składki funduszowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego pisma. W przypadku braku odpowiedzi na pismo, o którym mowa w zdaniu poprzednim, 100% wpłaconej Składki funduszowej lokowane jest w UFK Gwarantowany Compensa. Aktualny wykaz Funduszy zamieszczony jest na stronie www.compensa.pl.”

12. § 13 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o zmianie Alokacji Składki funduszowej w trybie, o którym mowa w § 41 OWU, na formularzu Towarzystwa do Siedziby Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl.”

13. § 13 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„6. Alokacji Dodatkowej składki funduszowej dokonuje się zgodnie

z Alokacją Składki funduszowej obowiązującą na Dzień zapłaty Składki funduszowej dodatkowej. Ubezpieczający może określić odmienną od wskazanej w zdaniu pierwszym Alokację Dodatkowej składki funduszowej oraz zmienić określoną uprzednio odmienną Alokację Dodatkowej składki funduszowej. Określenie odmienną Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmiana określonej uprzednio odmienną Alokacji Dodatkowej składki funduszowej będzie skuteczne, o ile pisemne oświadczenie Ubezpieczającego w tej sprawie zostanie doręczone do Siedziby Towarzystwa nie później niż w Dniu zapłaty Dodatkowej składki funduszowej na rachunek bankowy Towarzystwa przeznaczony do dokonywania wpłat Dodatkowej składki funduszowej. Od dnia złożenia przez Ubezpieczającego oświadczenia o odmienną Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmianie określonej uprzednio odmienną Alokacji Dodatkowej składki funduszowej, Alokacja ta będzie obowiązująca dla następujących w tym dniu oraz po tym dniu wpłat Dodatkowych składek funduszowych, o ile w treści tego oświadczenia nie określono terminu późniejszego.”

14. § 15 ust. 10 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„10. W przypadku Alokacji do Funduszu o walucie innej niż waluta polska, Towarzystwo dokonuje zamiany odpowiedniej części wpłaconej Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu z uwzględnieniem odpowiednio kursu kupna i sprzedaży walut z dnia zamiany stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest rachunek wpłat Składek regularnych – w przypadku Składki funduszowej albo rachunek wpłat Dodatkowych składek funduszowych – w przypadku Dodatkowych składek funduszowych, przy czym obowiązuje zasada, że do zamiany waluty polskiej na walutę obcą stosuje się kurs sprzedaży, a do zamiany waluty obcej na walutę polską – kurs kupna. Zamiana wpłaconej Składki funduszowej na walutę Funduszu odbywa się najpóźniej drugiego dnia roboczego po dniu wpłaty Składki regularnej na rachunek wpłat Składek regularnych albo Dodatkowej składki funduszowej na rachunek wpłat Dodatkowych składek funduszowych. W przypadku, gdy zamiana wpłaconej Składki regularnej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu przypada na dzień, w którym Jednostki danego Funduszu nie są wyceniane z powodu dnia wolnego od pracy, realizacja zamiany wpłaconej Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na walutę Funduszu odbywa się w Dniu pierwszej Wyceny tego Funduszu następującej bezpośrednio po dniu wolnym od pracy. Ryzyko kursowe zamiany, o której mowa w niniejszym ustępie pozostaje po stronie Ubezpieczającego.”

15. § 16 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Ubezpieczający w każdym czasie ma prawo do dokonania Konwersji Jednostek.”

16. § 16 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Dyspozycję Konwersji Jednostek Ubezpieczający powinien złożyć w trybie, o którym mowa w § 41 OWU, na formularzu Towarzystwa do Siedziby Towarzystwa lub za pośrednictwem portalu dla klientów Towarzystwa „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym www.mojacompensa.pl.”

17. § 17 ust. 1 pkt 3) ppkt a) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„a) opłata pobierana jest z Indywidualnego rachunku, ze środków uzyskanych po dokonaniu umorzenia Jednostek, a przed zakupem Jednostek wskazanych przez Ubezpieczającego w ramach dokonywania danej operacji Konwersji Jednostek.”

18. § 18 ust. 3 pkt 3) otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3) Ubezpieczający nie złożył wniosku o dokonanie Częściowego wykupu z Rachunku podstawowego do dnia 10 Rocznicy ubezpieczenia łącznie.”



19. § 19 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Ubezpieczającemu począwszy od 5 Rocznic ubezpieczenia przysługuje prawo do dokonania Częściowego wykupu z wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku podstawowym powstałych w wyniku zainwestowania Składek funduszowych.”.

20. § 19 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Ubezpieczającemu po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 32 OWU, pod warunkiem, że Ubezpieczający nie skorzystał z prawa do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, przysługuje prawo do dokonania Częściowego wykupu z wartości Jednostek zaewidencjonowanych na Rachunku dodatkowym powstałych z zainwestowania Dodatkowych składek funduszowych.”.

21. W § 19 skreśla się ust. 3.

22. § 19 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4. Częściowy wykup dokonywany jest na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa. Do wniosku o Częściowy wykup ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczającego,

2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku Częściowego wykupu, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.”.

23. § 19 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7. Zlecenie umorzenia Jednostek uwzględniające: liczbę Jednostek umorzonych w celu pobrania opłaty transakcyjnej za Częściowy wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 5) OWU oraz liczbę Jednostek umorzonych w celu dokonania wypłaty wnioskowanej przez Ubezpieczającego kwoty Częściowego wykupu ubezpieczenia, wystawiane jest w trzecim dniu roboczym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego o Częściowy wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej, z zachowaniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.”.

24. § 19 ust. 10 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„10. Jeżeli dokonanie Częściowego wykupu miałoby spowodować zmniejszenie wartości Jednostek pozostających na Rachunku podstawowym do wysokości mniejszej niż ich minimalna wartość określona w Tabeli limitów, pkt 3, Załącznik nr I do OWU, Towarzystwo zaniecha dokonania Częściowego wykupu i zaproponuje dokonanie Częściowego wykupu w odpowiednio mniejszej wysokości podając Ubezpieczającemu wartość Częściowego wykupu obliczonego na trzeci dzień roboczy po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego o Częściowy wykup wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 4 powyżej lub poinformuje Ubezpieczającego o możliwości dokonania wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, obliczonego na zasadach określonych w § 20 OWU. Termin realizacji zlecenia, o którym mowa w ust. 7 powyżej, może wówczas ulec wydłużeniu o czas niezbędny do zakończenia dokonywania ustaleń z Ubezpieczającym, przy czym w przypadku braku odpowiedzi Ubezpieczającego na propozycję Towarzystwa, o której mowa w zdaniu poprzednim, w terminie 30 dni od dnia wystosowania przedmiotowej propozycji, wniosek Ubezpieczającego o dokonanie Częściowego wykupu uważa się za nieważny i Towarzystwo odstępuje od jego realizacji.”.

25. § 19 ust. 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„11. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia realizacji zlecenia umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, przelewu kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku operacji opisanej w niniejszym paragrafie, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.”.

26. § 19 ust. 12 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„12. W przypadku nie zakończenia dokonywania ustaleń z Ubezpieczającym, o których mowa w ust. 10 powyżej, do dnia wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo w przypadku wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o Częściowy wykup ubezpieczenia po terminie wpływu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego albo w przypadku gdy obydwa wnioski wpłyną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzone zostaną jedynie wnioski o wypłatę Świadczenia, natomiast wnioski o Częściowy wykup pozostanie bez rozpatrzenia jako bezprzedmiotowy.”.

27. § 20 ust. 1 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo Całkowitego wykupu ubezpieczenia po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający nie skorzystał z prawa do odstąpienia.”.

28. W § 20 skreśla się ust. 2.

29. § 20 ust. 3 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„3. Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek Ubezpieczającego złożony na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa. Do wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia Ubezpieczający jest zobowiązany dołączyć:

1) potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości, tj. dowodu osobistego lub paszportu Ubezpieczającego,

2) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Całkowitego wykupu, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.”.

30. § 20 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5. Po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej, Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek z Indywidualnego rachunku.”.

31. § 20 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„6. Zlecenie umorzenia Jednostek uwzględniające: liczbę Jednostek umorzonych w celu pobrania opłaty transakcyjnej za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU oraz liczbę Jednostek umorzonych w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia, wystawiane jest w trzecim dniu roboczym po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego o Całkowity wykup ubezpieczenia wraz z dokumentami, o których mowa w ust. 3 powyżej, z zachowaniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.”.

32. § 20 ust. 9 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„9. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, przelewu kwoty Całkowitego wykupu ubezpieczenia, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.”.

33. § 20 ust. 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„11. Towarzystwo dokonuje Całkowitego wykupu ubezpieczenia, bez



wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 3 powyżej, w następujących przypadkach:

1) śmierć Ubezpieczonego – po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci, z zachowaniem terminów i zasad, o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej, z zastrzeżeniem, iż Towarzystwo nie pobiera opłaty transakcyjnej za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 17 ust. 1 pkt 6) OWU,

2) śmierć Ubezpieczonego, w sytuacji gdy zachodzą przesłanki ograniczające lub wyłączające odpowiedzialność Towarzystwa, o których mowa w § 7 OWU – po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci, z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej,

3) wypowiedzeniem Umowy ubezpieczenia dokonany przez Ubezpieczającego, o którym mowa w § 35 OWU – w ostatnim dniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej,

4) rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia w wyniku zaprzestania opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 12 ust. 2 pkt 1) OWU – na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia z zachowaniem terminów i zasad o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej.”

34. skreśla się § 21.

35. § 22 ust. 2 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„2. Umowa cesji praw lub obowiązków z Umowy ubezpieczenia musi regulować zakres przekazywanych praw lub obowiązków Ubezpieczającego – w przypadku dokonywania cesji praw lub obowiązków Ubezpieczającego, w tym w szczególności prawa wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia oraz obowiązku opłacania Składki regularnej.”

36. § 23 ust. 11 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„11. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 10 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w którym dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 10 powyżej.”

37. § 23 ust. 13 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„13. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 12 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję nadania przekazu w urzędzie pocztowym.”

38. § 26 ust. 14 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„14. O ile w danej Umowie ubezpieczenia Ubezpieczający opłacał Dodatkowe składki funduszowe i na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia na Rachunku dodatkowym zaewidencjonowane są Jednostki Funduszy, a Umowa ubezpieczenia została rozwiązana wskutek okoliczności wskazanych w ust. 13 powyżej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość tychże Jednostek, obliczoną z uwzględnieniem liczby i Cen Jednostek ustalonych w Dniu wyceny, w który dane Jednostki zostaną umorzone, przy czym umorzenie Jednostek następuje z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 13 powyżej.”

39. § 26 ust. 16 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„16. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona przelewu kwoty, o której mowa w ust. 15

powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję nadania przekazu w urzędzie pocztowym.”

40. § 27 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„§ 27. DOPUSZCZALNE OPÓŹNIENIA I OGRANICZENIA W DOKONYWANIU OPERACJI NA INDYWIDUALNYM RACHUNKU

1. Przy realizacji zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składek funduszowych lub Dodatkowych składek funduszowych na Jednostki Funduszy, umarzania Jednostek i Konwersji Jednostek, mogą nastąpić opóźnienia w stosunku do terminów zakupów i umorzeń Jednostek określonych w: § 4, § 15, § 16, § 17, § 18, § 19, § 20, § 32, § 33, § 34 i § 37 OWU, w przypadkach:

1) wystąpienia awarii: systemów energetycznych, systemów teleinformatycznych lub systemów transmisji i przesyłania danych, klęski żywiołowej, wojny, stanu wojennego bądź Aktów terroryzmu lub innej siły wyższej w rozumieniu kodeksu cywilnego,

2) wynikających z procedur realizacji dyspozycji przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych, agentów transferowych lub innych podmiotów obsługujących lub zarządzających instrumentami finansowymi, w które inwestowane są środki Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

3) okresowych ograniczeń realizacji dyspozycji przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych, agentów transferowych lub innych podmiotów obsługujących lub zarządzających instrumentami finansowymi, w które inwestowane są środki Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,

4) zbieżności zleceń dokonanych przez Ubezpieczającego, jeżeli wykonanie kolejnego zlecenia jest uzależnione od wykonania zlecenia poprzedniego.

2. W przypadku wystąpienia opóźnień w realizacji zleconych prawidłowo dyspozycji, dyspozycje te są realizowane niezwłocznie, gdy ustała przyczyna opóźnienia.

3. W przypadku braku możliwości realizacji odpowiedniej dyspozycji przez okres dłuższy niż jeden miesiąc, dyspozycję uznaje się za niewykonalną, a podjęcie dalszych kroków ustala się indywidualnie z Ubezpieczającym.”

41. § 28 ust. 4 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„4. W przypadku likwidacji Funduszu, Towarzystwo zwróci się pisemnie do Ubezpieczającego, posiadającego na swoich Rachunkach Jednostki likwidowanego Funduszu z prośbą o złożenie dyspozycji Konwersji tych Jednostek na Jednostki innych Funduszy, podając termin do złożenia dyspozycji, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego pisma, a w przypadku nie złożenia dyspozycji przez Ubezpieczającego w tym terminie, Towarzystwo dokona Konwersji Jednostek likwidowanego Funduszu na Jednostki Funduszu UFG Gwarantowany Compensa.

Aktualny wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie www.compensa.pl.”

42. § 28 ust. 5 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„5. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji nabycia, z wyjątkiem dyspozycji Konwersji oraz zmiany Alokacji Składki funduszowej, określenia odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmiany określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej Jednostek Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu, Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji. Towarzystwo zwróci się wówczas pisemnie



do Ubezpieczającego z prośbą o złożenie odpowiedniej dyspozycji, podając termin na jej złożenie, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego pisma.

W przypadku nie złożenia dyspozycji przez Ubezpieczającego w tym terminie, Towarzystwo zamieni 100% Składki funduszowej albo Dodatkowej składki funduszowej na Jednostki Funduszu UFK Gwarantowany Compensa.

Aktualny wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie www.compensa.pl.”

43. § 28 ust. 6 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„6. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji Konwersji na Jednostki Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu, Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji, wyda decyzję odmowną i poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie.”

44. § 28 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o zmianie Alokacji Składki funduszowej, odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej lub zmianie określonej uprzednio odmiennej Alokacji Dodatkowej składki funduszowej – na Jednostki Funduszu, którego sprzedaż została czasowo lub całkowicie zawieszona, również z powodu likwidacji Funduszu, Towarzystwo zaniecha wykonania tej dyspozycji, wyda decyzję odmowną i poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie.”

45. § 29 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„§ 29. ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA W ZAKRESIE DOKONYWANIA OPERACJI NA INDYWIDUALNYCH RACHUNKACH

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za błędne wykonanie zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składek funduszowych lub Dodatkowych składek funduszowych na Jednostki Funduszy, umarzania Jednostek i Konwersji Jednostek, o ile przyczyna błędnego wykonania zlecenia leżała po stronie Towarzystwa.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności:

- 1) za brak realizacji dyspozycji zleconych nieprawidłowo,
- 2) za skutki opóźnień lub brak realizacji dyspozycji w przypadkach, o których mowa w § 15 ust. 7 oraz § 27 OWU.”

46. § 30 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„§ 30. RYZYKO INWESTYCYJNE, RYZYKO KURSOWE I PRZECHOWYWANIE PIENIĘDZY UBEZPIECZAJĄCYCH

1. Inwestycje w Jednostki Funduszy obarczone są ryzykiem inwestycyjnym ponoszonym przez Ubezpieczającego; oznacza to że: mogą przynieść znaczące zyski, ale również wygenerować straty lub wypracować zyski niższe niż zakładane i oczekiwane przez inwestujące osoby.

2. Wszelkie zamiany walut są dokonywane po kursach kupna i sprzedaży walut, stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest

w chwili zamiany rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Składek regularnych lub rachunek bankowy przeznaczony do wnoszenia wpłat Dodatkowych składek funduszowych, przy czym obowiązuje zasada, że do zamiany waluty polskiej na walutę obcą stosuje się kurs sprzedaży, a do zamiany waluty obcej na walutę polską – kurs kupna. Ryzyko kursowe zamiany walut ponoszone jest przez Ubezpieczającego.

3. Towarzystwo przechowuje gotówkę Ubezpieczającego jedynie w czasie niezbędnym do wykonania zleceń, wypłaty Świadczeń lub wyjaśnienia wątpliwości.

4. Towarzystwo nie jest zobowiązane do naliczenia i wypłaty odsetek za okres przechowywania gotówki, w szczególności:

- 1) stanowiącej Składkę funduszową albo Dodatkową składkę funduszową oczekującą na zamianę na Jednostki,
- 2) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Częściowego lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia,
- 3) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Świadczenia,
- 4) stanowiącej wpłaty omyłkowe.”

47. § 32 ust. 7 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„7. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część Składki ochronnej oraz Składki ochronnej dobrowolnej (o ile była opłacana) za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, a także opłatę dystrybucyjną (§ 17 ust. 1 pkt 1) oraz proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 17 ust. 1 pkt 2 lit. b) ppkt i) i ppkt ii) OWU) oraz opłaty za ryzyko (§ 17 ust. 1 pkt 9) OWU).”

48. § 37 ust. 19 otrzymuje nowe następujące brzmienie:

„19. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wnioski o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia choćby od jednej osoby, Towarzystwo umorzy wszystkie Jednostki znajdujące się na Indywidualnym rachunku, przy czym umorzenie Jednostek następuje w trzecim dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo takiego wniosku.”

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 17/11/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 29 listopada 2017 r. wchodzi w życie z dniem 11 grudnia 2017 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 lutego 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 3 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015 zatwierdzonych Uchwałą Nr 165/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 stycznia 2016 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 34.

2. dotychczasowy § 39 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 39. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 40 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 40 OWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 40 ust. 9 OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi. Jeśli życzeniem skarżącego lub składającego zażalenie jest otrzymanie odpowiedzi drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail i skarżący lub składający zażalenie wyraził zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, odpowiedź wysyłana jest mu tą drogą.”

3. dotychczasowy § 40 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 40. SKŁADANIE REKLAMACJI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

2. Reklamacja może zostać złożona w każdej jednostce Towarzystwa, w której zakresie obowiązków jest obsługa osób wskazanych w ust. 1 powyżej.

3. Osoba wskazana w ust. 1 powyżej może złożyć reklamację w formie:

- 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie,
- 2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,
- 3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce

wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

2) adres osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację,

3) informację, czy osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 poniżej, odpowiedzi na reklamację Towarzystwo udziela bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od dnia otrzymania reklamacji. Termin wskazany w zdaniu pierwszym uważa się za dotrzymany, jeżeli odpowiedź została wysłana przed jego upływem.

7. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie wskazanym w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację:

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do rozpoznania sprawy,

3) określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.

8. Złożenie reklamacji niezwłocznie po powzięciu zastrzeżeń przez osobę wskazaną w ust. 1 powyżej, ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie reklamacji.

9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych



oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe

informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

2) wystąpić z powództwem do sądu powszechnego właściwego według przepisów o właściwości ogólnej albo właściwego dla miejsca zamieszkania lub siedziby osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, gdzie pozwanym winna być Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa,

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Tracą moc postanowienia Aneksu nr 1 w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/01/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 3 stycznia 2017 r.

3. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/02/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 lutego 2018 r. wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2018 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP

dostępnych w ubezpieczeniu Compensa Prestiż Nova

(stan na dzień 25 września 2017 r.)

Lp.	Fundusze	Waluta	Wycena
Akcyjne			
1.	UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich	PLN	Dzienna
2.	UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek	PLN	Dzienna
3.	UFK Skarbiec Akcja	PLN	Dzienna
4.	UFK ESALIENS Akcji	PLN	Dzienna
5.	UFK Compensa/HSBC GIF BRIC Equity	USD	Dzienna
6.	UFK UniKorona Akcje	PLN	Dzienna
7.	UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców	PLN	Dzienna
8.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged)	PLN	Dzienna
9.	UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych	PLN	Dzienna
10.	UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged)	PLN	Dzienna
Zrównoważone			
11.	UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony	PLN	Dzienna
12.	UFK ESALIENS Strateg	PLN	Dzienna
13.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged)	PLN	Dzienna
Bezpieczne			
14.	UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu	PLN	Dzienna
15.	UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego	PLN	Dzienna
16.	UFK NN Obligacji	PLN	Dzienna
17.	UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych	PLN	Dzienna
18.	UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged)	PLN	Dzienna
Gwarantowane			
19.	UFK Gwarantowany Compensa	PLN	Dzienna



REGULAMINY UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP

dostępnych w ubezpieczeniu Compensa Prestiż Nova

(stan na dzień 25 września 2017 r.)

A. FUNDUSZE AKCYJNE

I. UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Akcji Polskich*, zarządzanego przez BZ WBK Asset Management S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Akcji Polskich. Ceny jednostki UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ARKA BZ WBK Akcji Polskich i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ARKA BZ WBK Akcji Polskich pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2. UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek*, zarządzanego przez Investors TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek, przy czym pierwsza wycena UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek została wyznaczona na dzień 08.02.2007 r. Ceny jednostki UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

3. UFK Skarbiec Akcja

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu Skarbiec-Akcja Fundusz Inwestycyjny Otwarty Akcji*, zarządzanego przez SKARBIEC TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie



długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostek UFK Skarbiec Akcja odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostek uczestnictwa Skarbiec-Akcja Fundusz Inwestycyjny Otwarty Akcji. Wartości jednostek UFK Skarbiec Akcja są ustalane na podstawie wartości jednostek Skarbiec-Akcja Fundusz Inwestycyjny Otwarty Akcji i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK Skarbiec Akcja pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

4. UFK ESALIENS Akcji

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu ESALIENS Akcji FIO*, zarządzanego przez ESALIENS TFI S.A. z siedzibą w Warszawie. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ESALIENS Akcji odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ESALIENS Akcji FIO, przy czym pierwsza wycena UFK ESALIENS Akcji została wyznaczona na dzień 08.11.2007 r. Ceny jednostki UFK ESALIENS Akcji ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ESALIENS Akcji FIO i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ESALIENS Akcji pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

5. UFK Compensa/HSBC GIF BRIC EQUITY

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu

zagranicznego HGIF BRIC EQUITY*, ISIN LU0214875030, zarządzanego przez HSBC Investments Funds (Luxemburg) S.A. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK Compensa/HSBC BRIC EQUITY odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu zagranicznego HGIF BRIC EQUITY. Ceny jednostki UFK Compensa/HSBC BRIC EQUITY ustalane są w walucie USD, na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu zagranicznego i są im równe.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK Compensa/HSBC BRIC EQUITY pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 USD. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego, określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

6. UFK UniKorona Akcje

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego UniKorona Akcje*, zarządzanego przez Union Investment TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie



długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK UniKorona Akcje odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego UniKorona Akcje. Ceny jednostki UFK UniKorona Akcje ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu UniKorona Akcje i są im równe. Pierwsza wycena UFK UniKorona Akcje została wyznaczona na dzień 01.12.2011 r. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK UniKorona Akcje pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

7. UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców*, zarządzanego przez Rockbridge TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców. Ceny jednostki UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców i są im równe. Pierwsza wycena UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców została wyznaczona na dzień 01.12.2011 r. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK Rockbridge Subfundusz Globalny Żywności i Surowców pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

8. UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged)

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible T (PLN hedged)*, ISIN DE000A1JRP71, zarządzanego przez ARTS Asset Management GmbH, Wiedeń, Austria. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje, obligacje, rynek pieniężny oraz instrumenty pochodne. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged) odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible T (PLN hedged), przy czym pierwsza wycena UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged) została wyznaczona na dzień 01.09.2012 r. Ceny jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged) ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible T (PLN hedged) i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Flexible (PLN hedged) pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego, określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

9. UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych*, zarządzanego przez NN Investment Partners TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.



2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych, przy czym pierwsza wycena UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych została wyznaczona na dzień 01.04.2013 r. Ceny jednostki UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK NN (L) Globalny Spółek Dywidendowych pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

10. UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged)

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged)*, ISIN AT0000A1H682, zarządzanego przez ARTS Asset Management GmbH, Wiedeń, Austria. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje, obligacje, rynek pieniężny. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN

hedged) odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged), przy czym pierwsza wycena UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged) została wyznaczona na dzień 04.01.2016 r. Ceny jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged) ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged) i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK C-QUADRAT ARTS Best Momentum (PLN hedged) pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego, określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

B. FUNDUSZE ZRÓWNOWAŻONE

11. UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty*, zarządzanego przez BZ WBK Asset Management S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje, obligacje, rynek pieniężny. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Zrównoważony FIO. Ceny jednostki UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ARKA BZ WBK Zrównoważony FIO i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ARKA BZ WBK Zrównoważony pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa



Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

12. UFK ESALIENS Strateg

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu ESALIENS Strateg*, zarządzanego przez ESALIENS TFI S.A. z siedzibą w Warszawie. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje, obligacje, rynek pieniężny. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ESALIENS Strateg odbywa się w tych samych terminach, co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ESALIENS Strateg, przy czym pierwsza wycena UFK ESALIENS Strateg została wyznaczona na dzień 08.11.2007 r. Ceny jednostki UFK ESALIENS Strateg ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ESALIENS Strateg i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ESALIENS Strateg pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

13. UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged)

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged)*, ISIN AT0000A1H6A3, zarządzanego przez ARTS Asset Management GmbH, Wiedeń, Austria. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo

Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w akcje, obligacje, rynek pieniężny. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged) odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged), przy czym pierwsza wycena UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged) została wyznaczona na dzień 04.01.2016 r. Ceny jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged) ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged) i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Balanced (PLN hedged) pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego, określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

C. FUNDUSZE BEZPIECZNE

14. UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu*, zarządzanego przez BZ WBK Asset Management S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących ponadprzeciętnych zysków, akceptujących jedynie w ograniczonym zakresie ryzyko związane z inwestowaniem środków finansowych. Fundusz skierowany jest do osób planujących oszczędzanie średnio i długoterminowe, akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu



inwestycyjnego ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu FIO. Ceny jednostki UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu FIO i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ARKA BZ WBK Stabilnego Wzrostu pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

15. UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego*, zarządzanego przez NN Investment Partners TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu inwestycyjnego otwartego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wysokich zysków, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w obligacje wysokodochodowe emitowane w dowolnym miejscu na świecie przez spółki, na których ciąży ryzyko zdolności do pełnej realizacji zobowiązań. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN Subfundusz Globalny Długu Korporacyjnego (L). Ceny jednostki UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu NN Subfundusz Globalny Długu Korporacyjnego (L) i są im równe. Pierwsza wycena UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego została wyznaczona na dzień 01.12.2011 r. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK NN (L) Globalny Długu Korporacyjnego pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

16. UFK NN Obligacji

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu

kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN Obligacji*, zarządzanego przez NN Investment Partners TFI S.A. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz inwestuje głównie w średnio i długoterminowe instrumenty dłużne emitowane przede wszystkim przez Skarb Państwa. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe, akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w obligacje i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK NN Obligacji odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego NN Obligacji, przy czym pierwsza wycena UFK NN Obligacji została wyznaczona na dzień 01.04.2013 r. Ceny jednostki UFK NN Obligacji ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu NN Obligacji i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK NN Obligacji pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

17. UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych*, zarządzanego przez BZ WBK Asset Management S.A. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wzrostów



wyższych od lokat bankowych, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w obligacje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych, przy czym pierwsza wycena UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych została wyznaczona na dzień 01.04.2013 r. Ceny jednostki UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK ARKA BZ WBK Obligacji Skarbowych pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego otwartego, określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

18. UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged)

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

Aktywami wchodzącymi w skład tego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są wyłącznie jednostki funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged)*, ISIN AT0000A1H690, zarządzanego przez ARTS Asset Management GmbH, Wiedeń, Austria. Charakterystykę aktywów funduszu, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

2) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

3) Profil UFK

Fundusz jest przeznaczony dla klientów oczekujących wzrostów wyższych od lokat bankowych, jednocześnie akceptujących ryzyko związane z inwestowaniem w obligacje. Fundusz wskazany jest dla osób planujących oszczędzanie długoterminowe i akceptujących wahania kursu jednostki oraz ewentualną stratę części lub całości zainwestowanego kapitału.

4) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged) odbywa się w tych samych terminach co wycena jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged), przy czym pierwsza wycena UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged) została wyznaczona na dzień 04.01.2016 r. Ceny jednostki UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged) ustalane są na podstawie cen jednostki uczestnictwa funduszu C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged) i są im równe. Walutą Funduszu jest PLN.

5) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania UFK C-QUADRAT ARTS Total Return Bond (PLN hedged) pobierane przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group wynoszą 0 PLN. Koszty zarządzania funduszu inwestycyjnego, określa statut funduszu lub inne właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie funduszu zgodnie z przepisami prawa dla niego właściwego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

D. FUNDUSZE GWARANTOWANE

19. UFK Gwarantowany Compensa

1) Instrumenty finansowe, w które inwestuje UFK

- dłużne papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa,
- lokaty lub certyfikaty inwestycyjne i papiery wartościowe emitowane przez banki,
- niedopuszczone do publicznego obrotu dłużne papiery wartościowe emitowane przez przedsiębiorstwa, instytucje finansowe i jednostki samorządu terytorialnego.

2) Stopa odniesienia UFK

Stopą odniesienia dla oceny efektywności UFK jest: Wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy według ostatniej publikacji Głównego Urzędu Statystycznego.

3) Cel UFK

Celem UFK jest inwestowanie środków zgromadzonych na indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych prowadzonych w ramach umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartych z Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie odpowiednich Ogólnych warunków ubezpieczenia.

4) Profil UFK

Portfel jest przeznaczony dla klientów oczekujących gwarantowanej stopy zwrotu.

5) Alokacja aktywów UFK

- normalna alokacja aktywów zakłada 70% do 100% lokat w bony skarbowe i obligacje, 0% do 30% w depozyty bankowe i certyfikaty inwestycyjne,
- dopuszczalne są odchylenia od normalnej alokacji, zgodnej z lit. a), która określa, że lokaty w bony skarbowe mogą osiągnąć do 100% wartości aktywów i mogą spaść do 0% aktywów.

6) Wycena jednostki UFK

Wycena jednostki jest dokonywana metodą efektywnej stopy procentowej na podstawie Gwarantowanej Stopy Wzrostu Ceny Jednostki, przy czym początkowa jednostki w UFK Gwarantowany Compensa ustalona na dzień 01.09.2004 r. wynosi 20,0000 PLN. Wartość jednostki obliczana jest na każdy Dzień Wyceny na podstawie wzoru:

$Ct2 = Ct1 \times (1 + it2)(T/365)$, gdzie:

Ct1 – Cena jednostki w dniu t1,

Ct2 – Cena jednostki w dniu t2,

it2 – Gwarantowana Stopa Wzrostu Ceny Jednostki obowiązująca w dniu t2,

t1, t2 – następujące po sobie Dni Wyceny jednostki, gdzie dzień t1 poprzedza dzień t2,

T – liczba dni pomiędzy Wycenami.

Gwarantowana Stopa Wzrostu Ceny Jednostki jest ustalana przez Zarząd Towarzystwa i ogłaszana na stronie internetowej Towarzystwa



na co najmniej 9 dni przed rozpoczęciem każdego kwartału kalendarzowego.

Gwarantowana Stopa Wzrostu Ceny Jednostki jest wyrażona procentowo w skali roku, jest kalkulowana w oparciu o bieżący skład aktywów Funduszu, nie może być niższa od zera i obowiązuje przez kwartał kalendarzowy, na który ją ogłoszono. Wyceny jednostki odbywają się w dniach sesji Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Ryzyko związane z tym, że wartość aktywów Funduszu może być mniejsza niż wartość wynikająca z liczby jednostek pomnożonej przez Cenę jednostki ponosi Towarzystwo. Do Towarzystwa należą też ewentualne nadwyżki wartości aktywów Funduszu ponad wartość wynikającą z Wyceny jednostki.

7) Koszty zarządzania UFK

Koszty zarządzania składają się z 2 rodzajów kosztów: limitowanych kosztów zarządzania i nielimitowanych kosztów zarządzania. Wielkość

limitowanych kosztów zarządzania wynosi 0,5% średniej wartości aktywów w skali roku. Nielimitowane koszty zarządzania to koszty niezależne od zarządzającego Funduszem, takie jak: koszty prowizji maklerskich przy nabywaniu i zbywaniu papierów wartościowych i inne udokumentowane koszty działalności lokacyjnej, podatki i inne obciążenia nałożone na zarządzającego Funduszem przez właściwe organy państwowe i samorządowe. Koszty zarządzania ponosi w całości Towarzystwo. Koszty te są uwzględniane przy wyznaczaniu Gwarantowanej Stopy Wzrostu Ceny Jednostki, ale nie powodują zmniejszenia wartości środków Funduszu.

* Prospekty emisyjne funduszy inwestycyjnych oznaczone * dostępne są w siedzibach Zarządzających tymi funduszami oraz na ich stronach internetowych.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



WYKAZ INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH, O KTÓRE ZGODNIE § 3 UST. 2 OWU, MOŻE ZOSTAĆ ROZSZERZONY ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ WYNIKAJĄCEJ Z INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM COMPENSA PRESTIŻ NOVA O SYMBOLU BRP-8015 (stan na dzień 1 kwietnia 2016 r.)

Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie:

– na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8615	<input type="checkbox"/>
– na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	BRP-8715	<input type="checkbox"/>
– na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8815	<input type="checkbox"/>
– na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-1016	<input type="checkbox"/>
– na wypadek całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy z przejęciem opłacania składek	BRP-9015	<input type="checkbox"/>
– na wypadek poważnego zachorowania	BRP-0316	<input type="checkbox"/>
– na wypadek nowotworu złośliwego	BRP-0416	<input type="checkbox"/>
– na wypadek leczenia nowotworu złośliwego	BRP-0516	<input type="checkbox"/>
– na wypadek śmierci Ubezpieczającego z przejęciem opłacania składek	BRP-0616	<input type="checkbox"/>
– na życie Ubezpieczającego	BRP-0716	<input type="checkbox"/>

Szczegółowe informacje na temat wymienionych Ubezpieczeń dodatkowych znajdują się w odpowiednich ogólnych warunkach dodatkowych ubezpieczeń indywidualnych.



Oświadczenia Pośrednika

1. Oświadczam, że przekazałem/am Ubezpieczającemu Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015 zatwierdzone uchwałą nr 165/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r. (zwane dalej OWU)

na spotkaniu w dniu roku,

w którym uczestniczyli:

ze strony Ubezpieczającego: _____

ze strony Pośrednika: _____

2. Oświadczam, że zweryfikowałem/am tożsamość Ubezpieczającego i poprawność danych na podstawie okazanego mi dokumentu tożsamości ze zdjęciem.
3. Oświadczam, że przekazałem/am Ubezpieczającemu pełne informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Compensa Prestiż Nova o symbolu BRP-8015 zatwierdzonym Uchwałą nr 165/2015 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 15 grudnia 2015 r., w szczególności o opłatach z nim związanych, których zasady pobierania wskazane są w § 17 ust. 1 pkt 1) – 9) OWU a ich wysokość określona jest w Tabeli opłat poz. 1 – 8 oraz Taryfie stosowanej do naliczania opłat za ryzyko, Załącznik nr 1 do OWU.

Pośrednik

Imię i nazwiska _____

czytelny podpis