

SPIS TREŚCI

DOKUMENT ZAWIERAJĄCY INFORMACJE O PRODUKCIE UBEZPIECZENIOWYM (KARTA PRODUKTU)	3
INFORMACJA DOTYCZĄCA OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. o symbolu BRP-0118	9
OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. o symbolu BRP-0118	10
Postanowienia ogólne	10
Definicje	10
Przedmiot ubezpieczenia i zakres odpowiedzialności Towarzystwa	12
Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa	12
Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	13
Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	13
Zasady wskazywania Uposażonych	14
Wysokość Składki jednorazowej, Składki dodatkowej, Sum ubezpieczenia, wartość wykupu ubezpieczenia	14
Ryzyko inwestycyjne, ryzyko kursowe, przechowywanie gotówki	15
Alokacja Składki jednorazowej i Składki dodatkowej	15
Wyceny Jednostek	15
Zasady zmiany Składki jednorazowej i Składki dodatkowej na Jednostki	15
Zasady Konwersji Jednostek	15
Rodzaje opłat i sposób ich pobierania	16
Częściowy wykup ubezpieczenia	16
Całkowity wykup ubezpieczenia	17
Dopuszczalne opóźnienia i ograniczenia w dokonywaniu operacji na Rachunku Ubezpieczonego	17
Likwidacja Funduszu, zawieszenie sprzedaży Jednostek i zmiana nazwy Funduszu	17
Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie dokonywania operacji na Indywidualnych rachunkach Ubezpieczonych	18
Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	18
Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	18
Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	18
Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	19
Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	19
Wypłata Świadczeń	19
Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	20



Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie Reklamacji przez 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)	21
Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	21
Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU	22
Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	23
Data wejścia w życie OWU	23
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. o symbolu BRP-0118	24
ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. O SYMOLU BRP-0118	25
ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. O SYMOLU BRP-0118	27
WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.	28
REGULAMINY PORTFELI FUNDUSZOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.	29
OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH	35

Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym (karta produktu)

Przedsiębiorstwo (Ubezpieczyciel): **Compensa TU na Życie S.A.**
Vienna Insurance Group (zwane dalej Towarzystwem)

Produkt: **Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym**
Portfele Funduszowe dla Klientów mBank S.A.

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są w Ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Portfele Funduszowe dla Klientów mBank S.A. zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/03/2018 Zarządu Towarzystwa z dnia 19 marca 2018 r. (zwane dalej OWU) oraz Polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Niniejszy dokument został przygotowany przez Towarzystwo na podstawie Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych w dniu 24 czerwca 2014 r. przez Komisję Nadzoru Finansowego oraz Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń z dnia 15 grudnia 2017 r.

Niniejszy dokument nie jest elementem umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym ani ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego. Dokument ten ma pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu jego cech.

Terminy oraz nazwy używane w niniejszej karcie produktu otrzymują znaczenie nadane im w OWU.

Jeśli nie rozumiesz cech produktu zawartych w niniejszym dokumencie albo nie jesteś pewien czy produkt ten odpowiada Twoim potrzebom, poproś o dodatkowe informacje i wyjaśnienia lub zrezygnuj z zawarcia Umowy ubezpieczenia Portfele Funduszowe dla Klientów mBank S.A.

Towarzystwo, nie będzie przekazywało ubezpieczającemu lub ubezpieczonemu w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia oceny odpowiedności ubezpieczenia do jego potrzeb.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, grupa 3. Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas nieokreślony.

I. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ I ZASIĘG TERYTORIALNY JEJ OBOWIĄZYWANIA

Przedmiot ubezpieczenia: życie Ubezpieczonego.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia
- śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia w okresie pierwszych sześciu miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności.

Ubezpieczenie obowiązuje na terenie całego świata.

II. FUNKCJA/CEL UBEZPIECZENIA

- ochronna – zapewnienie w Okresie ubezpieczenia ochrony na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
- inwestycyjna – inwestowanie kapitału w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe (wykaz Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych dostępnych w produkcie Portfele Funduszowe wskazany jest w pkt XVI niniejszej karty produktu oraz OWU; polityka inwestycyjna Funduszy, częstotliwość i metoda wycen, dzień wyceny Jednostek Funduszu oraz wysokość opłat za zarządzanie Funduszem określone są w Regulaminie Portfeli funduszowych).

III. CHARAKTERYSTYKA UBEZPIECZENIA

Portfele Funduszowe to indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawierane na czas nieokreślony. Ubezpieczenie ma charakter ochronno-inwestycyjny, ze znaczną przewagą części inwestycyjnej, co oznacza, że całość wpłaconej Składki jednorazowej inwestowana jest w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, a na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej przeznaczona jest stosunkowo niewielka kwota pobierana z Indywidualnego rachunku (poprzez umorzenie Jednostek zgromadzonych na Rachunku).

UWAGA!

- **rekomendowany minimalny czas trwania Umowy ubezpieczenia to co najmniej 5 lat** (Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe dostępne w ubezpieczeniu dedykowane są dla osób planujących długoterminowe oszczędzanie),
- rozwiązanie Umowy ubezpieczenia przed upływem rekomendowanego minimalnego czasu trwania Umowy ubezpieczenia powoduje wypłatę

Całkowitego wykupu ubezpieczenia. Wartość Całkowitego wykupu ubezpieczenia nie jest równa:

- 1) wpłaconej Składce jednorazowej,
- 2) środkiem zgromadzonym na Indywidualnym rachunku.

Z tytułu Całkowitego wykupu ubezpieczenia pobierana jest opłata transakcyjna na warunkach i w wysokości określonej w OWU. **Opłata transakcyjna nie jest pobierana, jeżeli Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest po upływie I. Rocznicy ubezpieczenia,**

- **inwestycje w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe mogą przynieść znaczące zyski, ale obciążone są ryzykiem inwestycyjnym ponoszonym wyłącznie przez Ubezpieczającego – mogą przynieść straty lub wypracować zyski niższe niż oczekiwane,**

- **po stronie Ubezpieczającego pozostaje ryzyko kursowe zmiany walut** – wszelkie zmiany walut dokonywane są po kursach kupna i sprzedaży walut, stosowanych przez bank, w którym prowadzony jest w chwili zmiany rachunek bankowy przeznaczony do wpłat Składek jednorazowych i rachunek bankowy przeznaczony do wpłat Składek dodatkowych.

Do zmiany waluty polskiej na walutę obcą stosuje się kurs sprzedaży, a do zmiany waluty obcej na walutę polską stosuje się kurs kupna.

IV. MECHANIZM FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIA ORAZ KLUCZOWE PRAWA I OBOWIĄZKI UBEZPIECZĄCEGO / UBEZPIECZONEGO

- Ubezpieczający opłaca Składkę jednorazową w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- Towarzystwo świadczy ochronę na wypadek śmierci Ubezpieczonego przez cały Okres ubezpieczenia oraz z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 6 miesięcy Okresu ubezpieczenia i z tego tytułu pobiera opłatę za ochronę ubezpieczeniową,
- zapłacona Składka jednorazowa zamieniana jest na Jednostki Funduszy zgodnie z zasadami, o których mowa w § 12 OWU, a z tytułu udzielania Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci oraz na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego pobiera – poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku – opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów

ochrony ubezpieczeniowej,

- istnieje możliwość dokonywania wpłat Składek dodatkowych, na numer rachunku bankowego wskazany w Polisie,
- z tytułu Umowy ubezpieczenia Towarzystwo pobiera opłaty (zgodnie z Tabelą opłat wskazaną w niniejszej karcie produktu w pkt XIV),
- Ubezpieczony może dokonać wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia i Częściowego wykupu ubezpieczenia w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia,
- w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony może dokonać Konwersji Jednostek.

Kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego / Ubezpieczonego

kluczowe prawa

Ubezpieczającego	Ubezpieczonego
możliwość wpłaty Składki dodatkowej	Całkowity / częściowy wykup ubezpieczenia
odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	Konwersja Jednostek UFK
wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	zmiana Alokacji Składki
złożenie reklamacji	złożenie reklamacji
wytoczenie powództwa o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia	wytoczenie powództwa o roszczenie wynikające z Umowy ubezpieczenia
	wskazanie Uposażonego

kluczowe obowiązki

Ubezpieczającego	Ubezpieczonego
udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia	udzielenie odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia
wpłata Składki jednorazowej	określenie Alokacji Składki

V. ŚWIADCZENIA PRZYSŁUGUJĄCE KLIENTOWI LUB INNYM OSOBOM UPRAWNIONYM Z UMOWY UBEZPIECZENIA, ZASADY USTALANIA WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA, CZYNNIKI MAJĄCE WPŁYW NA ZMIANĘ WYSOKOŚCI ŚWIADCZENIA

Ubezpieczającego	Ubezpieczonego
śmierć Ubezpieczonego	Suma kwot: – wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, – suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego potwierdzona w Polisie

- w przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych 6. miesięcy Okresu ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego lub osobom wskazanym w § 7 ust. 7 OWU, dodatkowe Świadczenie, w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, w wysokości potwierdzonej w Polisie (10% zapłaconej Składki jednorazowej).

VI. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA: WYSOKOŚĆ, CZĘSTOTLIWOŚĆ OPŁACANIA, ZASADY ZWIĘKSZANIA I ZMNIEJSZANIA

- wysokość Składki jednorazowej deklaruje Ubezpieczony we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia – wysokość Składki jednorazowej nie

może być niższa niż 50 000 PLN,

- Składka jednorazowa jest opłacana jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia,
- w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia istnieje możliwość dokonywania wpłat Składek dodatkowych. Wysokość Składki dodatkowej nie może być niższa niż 20 000 PLN.

VII. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ ZASADY I PRZESŁANKI JEJ EWENTUALNEJ ZMIANY

- suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego stanowi sumę kwot:

1) wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, obliczonej z uwzględnieniem liczby i cen Jednostek ustalonych na koniec dni wyceny, w których dane Jednostki zostaną umorzone w celu wypłaty Świadczenia, przy czym Umorzenie Jednostek następuje najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, oraz

2) 100 PLN,

- suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w pierwszych 6. miesiącach Okresu ubezpieczenia w następstwie Wypadku komunikacyjnego stanowi 10% zapłaconej Składki jednorazowej,
- Towarzystwo potwierdza sposób obliczania sum ubezpieczenia w Polisie.

VII. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ / POCZĄTEK I KONIEC OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ / SPOSÓB ROZWIĄZANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony,
- ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie,
- ochrona ubezpieczeniowa kończy się we wcześniejszym z dni:

- 1) odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia,
- 2) wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia,
- 3) dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia,
- 4) śmierci Ubezpieczonego.

Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa określony jest w § 5 OWU (dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni: w ostatnim dniu 6-go miesiąca licząc od Dnia początku odpowiedzialności lub w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia).

IX. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia obliczonego na zasadach określonych w § 16 OWU, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek:

- 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, 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,

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli Wypadek komunikacyjny zaszedł w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazanych w punktach 1)-3) powyżej lub zaszedł w następstwie bądź nastąpił w związku z:

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

2) 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,

3) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, baloniarstwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

4) 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 Wypadku komunikacyjnego, 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 Wypadku komunikacyjnego,

5) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

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

7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, chyba, że

prorowadzenie przez Ubezpieczonego danego Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego, 8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu, chyba że brak aktualnego badania technicznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.

X. REZYGNACJA Z OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ (PRAWO I SPOSÓB REZYGNACJI, SKUTKI REZYGNACJI, KOSZTY ZWIĄZANE Z REZYGNACJĄ)

	Odstąpienie	Odstąpienie po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	Wypłata Całkowitego wykupu ubezpieczenia
prawo	Ubezpieczającego	Ubezpieczającego	Ubezpieczonego	Ubezpieczającego	Ubezpieczonego
termin	od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia: 7 dni – gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, 30 dni – gdy Ubezpieczający nie jest przedsiębiorcą	60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy informacji o wartości wykupu ubezpieczenia	w każdym czasie z zachowaniem 3. miesięcznego okresu wypowiedzenia	po upływie okresu przysługującego na odstąpienie
sposób rezygnacji	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	wniosek o wykup ubezpieczenia
skutki rezygnacji	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia
wypłacona kwota w przypadku rezygnacji	wartość umorzonych Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku pomniejszona o podatek, o ile jest należny	wartość umorzonych Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku pomniejszona o opłatę z tytułu odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, o ile odstąpienie ma miejsce w okresie pierwszych 12 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności oraz o podatek, o ile jest należny	wartość umorzonych Jednostek znajdujących się na Indywidualnym rachunku pomniejszona o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, o ile wystąpienie ma miejsce w okresie pierwszych 12 miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności oraz o podatek, o ile jest należny	wartość Całkowitego wykupu ubezpieczenia	wartość Całkowitego wykupu ubezpieczenia

Wartość wykupu ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego po złożeniu wniosku o wykup, a przed wypłatą kwoty Całkowitego wykupu ubezpieczenia – spadkobiercom,

- przy realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera z wypłacanej kwoty opłatę transakcyjną za dokonanie Całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 4 OWU,
- zlecenie Umorzenia Jednostek w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia wystawiane jest najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Całkowity wykup ubezpieczenia,
- Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec dnia wyceny, na którą zlecono Umorzenie Jednostek,
- z kwoty pieniężnej uzyskanej w wyniku Umorzenia Jednostek dokonanego w celu wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia potrącany jest podatek, o ile jest on należny,
- 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.

XI. ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I REKLAMACJI

- Zgłoszenie Zdarzenia ubezpieczeniowego (jak zawnioskować o wypłatę Świadczenia)

W przypadku śmierci Ubezpieczonego uprawnionym do Świadczenia jest Uposażony.

Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.

Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia, zasad ustalania i wypłaty Świadczenia wskazane są w § 7 OWU, § 8 OWU oraz § 25 OWU.

- Zasady i tryb zgłaszania 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 jest obsługa osób wskazanych powyżej,

3) reklamację można złożyć w formie:

- pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa albo listownie),

- ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67),

- ustnej (osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub siedzibie Towarzystwa do protokołu, elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, 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).

XII. SPOSÓB I TRYB ROZPATRYWANIA SKARG

- prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji,

- do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia OWU dotyczące reklamacji, z wyłączeniem wskazanym w OWU. Odpowiedź na skargę udzielana jest w formie pisemnej, chyba że ze skarżącym lub składającym zażalenie uzgodniono inną formę odpowiedzi (w tym drogą elektroniczną na wskazany adres e-mail).

XIII. PODMIOT UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Podmiot uprawniony do otrzymania Świadczenia
śmierć Ubezpieczonego	Uposażony lub osoby wskazane w § 7 ust. 7 OWU

Prawo wskazania Uposażonego przysługuje Ubezpieczonemu. Zmiana lub odwołanie Uposażonego może nastąpić w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Szczegółowe zasady wskazywania Uposażonego określone są w § 7 OWU.

XIV. KOSZTY Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA (WYSOKOŚĆ, TERMINY UISZCZANIA, SPOSÓB NALICZANIA, CZĘSTOTLIWOŚĆ POBIERANIA, ZASADY ZWIĘKSZANIA I ZMNIEJSZANIA KOSZTÓW)

Tytuł opłaty	Lp.	Sposób pobierania i wysokość opłaty	
Opłata transakcyjna z tytułu Konwersji Jednostek	1	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) OWU	
	1a	za pierwsze 12 Konwersji Jednostek w danym Roku ubezpieczenia	brak opłat
	1b	za każdą kolejną Konwersję Jednostek w danym Roku ubezpieczenia	20 PLN
Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego	2	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku	0,50 PLN
Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego	3	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 3) OWU pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku	0,80 PLN za każde 1 000 PLN Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego
Opłata z tytułu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 21 OWU	4	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 3) OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata z tytułu wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 22 OWU	5	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 3 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za Całkowity wykup ubezpieczenia	6	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 4 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za Częściowy wykup ubezpieczenia	7	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 5 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za zarządzanie Funduszami	8	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 4) OWU	
		Fundusz	Wysokość opłaty w skali roku
		Portfel Konserwatywny	0,90%
		Portfel Stabilnego Wzrostu	1,50%
		Portfel Zrównoważony	2,05%
Portfel Agresywny	2,55%		

XV. PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

- przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych – Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych,
- przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób

prawnych – Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych

Brzmienie treści artykułów wskazanych powyżej wskazane jest w § 29 OWU.

XVI. WYKAZ UBEZPIECZENIOWCYH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU PORTEFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.

L.p.	Fundusz	Waluta	Grupa UFK	Poziom ryzyka inwestycyjnego	Wycena
1.	UFK PORTFEL KONSERWATYWNY	PLN	Dłużne	1	Dzienna
2.	UFK PORTFEL STABILNEGO WZROSTU	PLN	Mieszane	1	Dzienna
3.	UFK PORTFEL ZRÓWNOWAŻONY	PLN	Mieszane	3	Dzienna
4.	UFK PORTFEL AGRESYWNY	PLN	Akcji	3	Dzienna

XVII. PROFIL RYZYKA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.

Fundusz	Profil UFK
UFK PORTFEL KONSERWATYWNY	Aktywa funduszu są inwestowane zarówno w instrumenty finansowe związane z niskim ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka w celu osiągnięcia w średnim i długim okresie stóp zwrotu przewyższających dochodowość instrumentów wolnych od ryzyka.
UFK PORTFEL STABILNEGO WZROSTU	Aktywa funduszu są inwestowane zarówno w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka w celu osiągnięcia w średnim i długim okresie stabilnego wzrostu wartości portfela.
UFK PORTFEL ZRÓWNOWAŻONY	Aktywa funduszu są inwestowane zarówno w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka w celu osiągnięcia w średnim i długim terminie zrównoważonego wzrostu wartości portfela.
UFK PORTFEL AGRESYWNY	Aktywa funduszu są inwestowane w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem w celu osiągnięcia w długim terminie wzrostu wartości portfela. Ze względu na wysoki dopuszczalny udział instrumentów finansowych o podwyższonym ryzyku w portfelu, jego wartość może podlegać znacznym wahaniom.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA
NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE
DLA KLIENTÓW mBANK S.A.
BRP-0118**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 4, § 15, § 16, § 20, § 21, § 22, § 23, § 24
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 14
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 4, § 8



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. BRP-0118

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Portfele Funduszowe dla Klientów mBank S.A. o symbolu BRP-0118 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych między Compensa Towarzystwo 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 18 rok życia oraz nie ukończony 75 rok życia, której życie jest przedmiotem Umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający – osoba fizyczna będąca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia klientem mBank S.A., mająca w dniu wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia ukończony 18 rok życia oraz nie ukończony 75 rok życia, zawierająca Umowę ubezpieczenia i zobowiązana do zapłaty Składki jednorazowej.

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

4. Agent ubezpieczeniowy – 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. Aktywa Funduszu brutto – suma wartości wszystkich składników majątkowych tworzących Fundusz.

6. 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.

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

8. Całkowity wykup ubezpieczenia – polega na wypłacie wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, na zasadach, o których mowa w § 16 OWU.

9. Cena umorzenia Jednostki – cena, po której Jednostki są sprzedawane i odpisywane z Indywidualnego rachunku.

10. Cena zakupu Jednostki – cena, po której Jednostki są kupowane i dopisywane do Indywidualnego rachunku.

11. Częściowy wykup ubezpieczenia – polega na wypłacie części wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, na zasadach, o których mowa w § 15 OWU.

12. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpiezonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpiezonego na bodźce środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpiezonego).

13. Dzień początku odpowiedzialności – dzień następujący po dniu łącznego spełnienia następujących warunków: złożenia Towarzystwu poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpiezonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i zapłaty Składki jednorazowej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

14. Indywidualny rachunek Ubezpiezonego (Indywidualny rachunek, Rachunek) – wyodrębniony i prowadzony przez Towarzystwo dla danej Umowy ubezpieczenia indywidualny rachunek Ubezpiezonego, na którym ewidencjonowane są Jednostki Funduszu zakupione za zapłaconą Składkę jednorazową i Składkę dodatkową.

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

16. Konwersja Jednostek – zamiana Jednostek danego UFK na Jednostki innych UFK, polegająca na umorzeniu Jednostek wskazanego przez Ubezpiezonego Funduszu (Funduszy) oraz zakupie za uzyskane w ten sposób środki finansowe Jednostek innego Funduszu (Funduszy) wskazanego przez Ubezpiezonego na zasadach, o których mowa w § 13 OWU.

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

18. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpiezonego 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, z zastrzeżeniem że w przypadku Zdarzenia ubezpieczeniowego: śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego, Okres ubezpieczenia trwa od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności, do ostatniego dnia szóstego miesiąca kalendarzowego następującego po tym dniu.

19. Pojazd:

1) Pojazd lądowy – środek transportu przeznaczony do poruszania się po drodze (droga w rozumieniu ustawy Prawo o ruchu drogowym) lub po torowisku albo maszyna lub urządzenie przystosowane do poruszania się po drodze lub po torowisku, będące:

a. pojazdem silnikowym, z wyłączeniem: pojazdów używanych do celów specjalnych, motocykli, motorowerów, innych pojazdów jednośladowych, bądź

b. pojazdem szynowym.

2) Statek morski lub śródlądowy – każde urządzenie pływające o napędzie mechanicznym, działające zgodnie z przepisami państwa, na terytorium którego zostało zarejestrowane, wykorzystywane w ruchu wodnym zgodnie z wymaganym uprawnieniem do przewozów wycieczkowych, transportowych oraz regularnych



połączeń komunikacyjnych. W rozumieniu OWU za Statek morski lub śródlądowy nie uważa się: okrętów podwodnych, platform wiertniczych, skuterów wodnych, jachtów żaglowych z napędem mechanicznym oraz łodzi z napędem mechanicznym.

3) Statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec, realizujący przewozy lotnicze, należący do licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

20. 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.

21. 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 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.

22. Regulamin Portfeli funduszowych – dokument określający politykę inwestycyjną danego Funduszu, częstotliwość i metodę wycen, dzień wyceny Jednostek Funduszu oraz wysokość opłat za zarządzanie Funduszem pobieranych ze środków Funduszu; Regulamin stanowi integralną część Umowy ubezpieczenia.

23. 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, Ubezpiezonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia, w którym zgłasza on zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

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

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

26. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 28 ust. 8 OWU, ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa, rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

27. Składka dodatkowa – dodatkowa kwota pieniężna wpłacona w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia na rachunek bankowy Towarzystwa wskazany w Polisie, przeznaczony do dokonywania wpłat Składek dodatkowych, zamieniana na zasadach opisanych w § 12 OWU na Jednostki Funduszy ewidencjonowane na Rachunku.

28. Składka jednorazowa – kwota należna Towarzystwu z tytułu Umowy ubezpieczenia, płatna jednorazowo za cały Okres ubezpieczenia.

29. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci – kwota pieniężna w wysokości obliczonej zgodnie z postanowieniami § 8 ust. 5 OWU, wypłacana w przypadku śmierci Ubezpiezonego w Okresie ubezpieczenia.

30. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego – kwota pieniężna w wysokości wskazanej w § 8 ust. 6 OWU, wypłacana w przypadku śmierci Ubezpiezonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia w okresie pierwszych sześciu miesięcy od Dnia początku

odpowiedzialności.

31. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota pieniężna wypłacana przez Towarzystwo na podstawie OWU z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

32. Tabela opłat i limitów – uchwalane przez Zarząd Towarzystwa zestawienie opłat ponoszonych w związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia i udzielaną ochroną ubezpieczeniową oraz limity wartości i kwot, od których uzależniona jest możliwość wykonywania określonych uprawnień wynikających z Umowy ubezpieczenia, stanowiące Załącznik nr I do OWU.

33. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (UFK, Fundusz, Portfel funduszowy) – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa o polityce inwestowania i poziomie ryzyka określonych w Regulaminie Portfeli funduszowych, podzielona na równe części, zwane Jednostkami Funduszu.

34. Umorzenie Jednostki – sprzedaż i odpisanie Jednostki z Indywidualnego rachunku w dniu umorzenia przypadającym najpóźniej czwartego dnia roboczego licząc od następnego dnia roboczego po dniu złożenia przez Ubezpiezonego poprawnie i kompletnie wypełnionego wniosku o wykup lub Konwersję Jednostek.

35. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawarta między Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie OWU, której przedmiotem jest życie Ubezpiezonego.

36. Wypadek komunikacyjny – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: Nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem Pojazdu, któremu uległ Ubezpieczony, jako pasażer lub kierujący Pojazdem.

37. Wykaz Funduszy – wykaz Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo, w których Jednostki może być lokowana Składka jednorazowa lub Składka dodatkowa zapłacona na podstawie OWU. Aktualny Wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie internetowej Towarzystwa www.compensa.pl.

38. Zakup Jednostki – zakup i dopisanie Jednostki do Indywidualnego rachunku w dniu zakupu Jednostki przypadającym najpóźniej czwartego dnia roboczego licząc od następnego dnia roboczego po dniu zapłacenia odpowiednio Składki jednorazowej albo Składki dodatkowej albo w przypadku złożenia wniosku o Konwersję Jednostek – z zachowaniem zasad wskazanych w § 13 OWU.

39. Zarządzający aktywami Funduszu – mBank S.A. z siedzibą w Warszawie przy ul. Senatorskiej 18, 00-950 Warszawa, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS pod nr KRS 0000025237, NIP: 526-021-50-88, o kapitale zakładowym na dzień 01.01.2018 r. wynoszącym 169 248 488 zł, w całości opłaconym, prowadzącym działalność maklerską w ramach wyodrębnionej jednostki organizacyjnej – Biura Maklerskiego posługującego się nazwą Dom Maklerski mBanku będącej następcą prawnym mWealth Management S.A. z siedzibą w Warszawie, przy ul. Królewskiej 14, 00-065 Warszawa, wpisaną do Rejestru Przedsiębiorców prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod numerem KRS 0000021519, kapitał zakładowy 2 241 500,00 zł w całości opłacony, NIP 526-24-73-162.

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

41. mBank S.A. – mBank S.A. z siedzibą w Warszawie, przy



ul. Senatorskiej 18, 00-950 Warszawa.

§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA I ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

2. Zakres Umowy ubezpieczenia obejmuje zaistnienie następujących Zdarzeń ubezpieczeniowych:

1) śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia, w okresie pierwszych sześciu miesięcy od Dnia początku odpowiedzialności.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 4 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 7 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 7 ust. 7 OWU określonymi, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, która stanowi sumę kwot:

1) wartości Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, obliczonej z uwzględnieniem liczby i cen Jednostek ustalonych w dniach wyceny, na koniec tych dni, w których dane Jednostki zostaną umorzone w celu wypłaty Świadczenia, przy czym Umorzenie Jednostek następuje najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, oraz

2) 100,00 PLN (słownie: sto złotych).

4. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w Okresie ubezpieczenia, nie później niż w ostatnim dniu szóstego miesiąca kalendarzowego licząc od Dnia początku odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ograniczeń i wyłączeń odpowiedzialności wskazanych w § 4 OWU, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 7 ust. 7 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 7 ust. 7 OWU określonymi, Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego potwierdzonej w Polisie i aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli spełnione są łącznie następujące warunki:

1) Wypadek komunikacyjny będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego miał miejsce w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż w ostatnim dniu szóstego miesiąca kalendarzowego licząc od Dnia początku odpowiedzialności,

2) śmierć Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego nastąpiła w Okresie ubezpieczenia, nie później jednak niż w ostatnim dniu szóstego miesiąca kalendarzowego licząc od Dnia początku odpowiedzialności,

3) istnieje bezpośredni związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Ubezpieczonego.

§ 4. OGRANICZENIA I WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty Całkowitego wykupu ubezpieczenia obliczonego na zasadach określonych w § 16 OWU, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek:

1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, czynnego udziału Ubezpieczonego w: Aktach terroryzmu, 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 dwóch lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, jeżeli Wypadek komunikacyjny zaszedł w następstwie lub spowodowany został lub nastąpił w związku z którąkolwiek z przyczyn wyłączających odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazanych w ust. 1 pkt 1)-3) powyżej lub zaszedł w następstwie bądź nastąpił w związku z:

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

2) 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 nieprzepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarza,

3) zawodowym, amatorskim i rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego sportów motorowych, motorowodnych, baloniarstwa, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,

4) Pozostawianiem przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub leków, z wyjątkiem leków zazywanych 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 Wypadku komunikacyjnego – 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 Wypadku komunikacyjnego,

5) atakiem konwulsji, drgawek, padaczki, omdleniem lub utratą przytomności,

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

7) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu, chyba że prowadzenie przez Ubezpieczonego danego Pojazdu bez posiadanych przez Ubezpieczonego uprawnień do prowadzenia danego Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego,

8) prowadzeniem przez Ubezpieczonego Pojazdu, który nie posiadał aktualnego badania technicznego lub który nie został dopuszczony do ruchu lub użytkowania, o ile badanie techniczne lub dopuszczenie do ruchu lub użytkowania są wymagane przepisami prawa o ruchu drogowym lub innymi przepisami dotyczącymi użytkowania danego Pojazdu, chyba że brak aktualnego badania technicznego lub przyczyna niedopuszczenia do ruchu lub użytkowania Pojazdu nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego.



§ 5. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w Dniu początku odpowiedzialności potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty Składki jednorazowej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy ubezpieczenia wygasa odpowiednio:

1) dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego – w dniu śmierci Ubezpieczonego, nie później jednak niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,

2) dla ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego – w dniu śmierci Ubezpieczonego, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

a) w ostatnim dniu szóstego miesiąca licząc od Dnia początku odpowiedzialności,

b) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia,

3) najpóźniej w czwartym dniu roboczym przypadającym po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało wniosek o dokonanie Całkowitego wykupu – na skutek Całkowitego wykupu ubezpieczenia,

4) w dniu wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia – na skutek odstąpienia Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 20 OWU albo § 21 OWU,

5) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia – na skutek wystąpienia Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 22 OWU,

6) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 23 OWU,

7) w dniu, w którym wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku nie wystarczyła na pokrycie opłat przewidzianych w OWU.

§ 6. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.

2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć każdy klient mBank S.A., który w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia ma ukończone 18 lat oraz nie ma ukończonego 75 roku życia.

3. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest łączne spełnienie poniższych warunków:

1) złożenie do Siedziby Towarzystwa poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa; podpisy umieszczone we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowią wzorce podpisów,

2) opłacenie przez Ubezpieczającego Składki jednorazowej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie niższej jednak niż minimalna wysokość Składki jednorazowej określona w Tabeli opłat i limitów, pkt 1, Załącznik nr 1 do OWU, nie później niż w terminie wskazanym w ust. 10 poniżej.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający przed podpisaniem wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu otrzymane od Towarzystwa OWU, na podstawie których zawierana jest Umowa ubezpieczenia.

5. Przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo przekazuje

Ubezpieczającemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku OWU oraz 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) tytuł 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.

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

7. W przypadku Umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek Ubezpieczający przekazuje osobie na rzecz której będzie zawarta Umowa ubezpieczenia, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje, o których mowa w ust. 5 oraz ust. 6 powyżej przed podpisaniem przez tę osobę wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

8. Ubezpieczający i Ubezpieczony obowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo zapytywało 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. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający i Towarzystwo, może odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.

10. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczającego na piśmie w terminie 14 dni od daty otrzymania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i niezwłocznie zwróci wpłaconą Składkę jednorazową na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

11. W przypadku odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczający zobowiązany jest pisemnie poinformować o tym fakcie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest niezwłocznie zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę jednorazową.

12. W przypadku nieopłacenia Składki jednorazowej w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, złożone oświadczenie o zawarciu Umowy ubezpieczenia tj. wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jest nieskuteczne.

13. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo poinformuje o tym Ubezpieczonego i Ubezpieczającego, którzy zobowiązani są do uzupełnienia lub wypełnienia nowego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od daty otrzymania wezwania.

14. W przypadku nie uzupełnienia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub nie wypełnienia nowego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w terminie i na zasadach określonych w ust. 13 powyżej, złożone oświadczenie o zawarciu Umowy ubezpieczenia, tj. wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia jest nieskuteczne, co oznacza, że Ubezpieczający odmawia



zawarcia Umowy ubezpieczenia, a zatem Ubezpieczony nie zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową, zaś wpłacona Składka jednorazowa zostanie zwrócona na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego.

15. Towarzystwo udziela Ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia, począwszy od Dnia początku odpowiedzialności.

16. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie Polisy.

17. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy.

18. W przypadku wpłacenia przez Ubezpieczającego Składki dodatkowej, Towarzystwo dostarczy nową wersję Polisy potwierdzającą zmienione warunki ochrony ubezpieczeniowej.

§ 7. 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 musi 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 wyznaczone są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpiezonego.

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

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

6. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, a na dzień śmierci Ubezpiezonego wskazanie któregośkolwiek Uposażonego stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej, wówczas przypadająca mu część Świadczenia zostanie wypłacona pozostałym Uposażonym w proporcji wynikającej ze wskazania Ubezpiezonego.

7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonych lub wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 5 powyżej, wówczas Świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpiezonego w następującej kolejności pierwszeństwa:

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 Ubezpiezonego. 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 kwota Świadczenia jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób.

8. Każda zmiana Uposażonego, jego odwołanie lub zmiana udziału Uposażonego w kwocie Świadczenia, potwierdzane są przez

Towarzystwo nową wersją Polisy.

§ 8. WYSOKOŚĆ SKŁADKI JEDNORAZOWEJ, SKŁADKI DODATKOWEJ, SUM UBEZPIECZENIA, WARTOŚĆ WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. Wysokość Składki jednorazowej, sposób obliczania Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci oraz wysokość Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego potwierdza Polisa.

2. Wysokość Składki jednorazowej nie może być niższa niż minimalna wysokość Składki jednorazowej określona w Tabeli opłat i limitów, pkt 1, Załącznik nr 1 do OWU.

3. Składkę jednorazową należy wpłacić z góry za cały Okres ubezpieczenia, na rachunek Towarzystwa wskazany we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa.

4. Kwota zapłaconej Składki jednorazowej musi odpowiadać wysokości Składki jednorazowej zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W poleceniu przelewu należy podać imię, nazwisko Ubezpieczającego i numer wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy kwota zapłaconej Składki jednorazowej będzie wyższa niż zadeklarowana kwota Składki jednorazowej, Towarzystwo zwróci różnicę w wysokości Składki jednorazowej na rachunek bankowy Ubezpieczającego. W przypadku, gdy kwota zapłaconej Składki jednorazowej będzie niższa niż zadeklarowana kwota Składki jednorazowej, Towarzystwo zwróci w całości wpłaconą kwotę i odmówi zawarcia Umowy ubezpieczenia.

5. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpiezonego stanowi sumę kwot:

1) wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, obliczoną z uwzględnieniem liczby i cen Jednostek ustalonych na koniec dnia wyceny, w których dane Jednostki zostaną umorzone w celu wypłaty Świadczenia, przy czym umorzenie Jednostek następuje najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpiezonego, oraz

2) 100,00 PLN (słownie: sto złotych).

6. Suma ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego stanowi 10% zapłaconej Składki jednorazowej.

7. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w Polisie numer rachunku bankowego, na który można wpłacać Składkę dodatkową. Ubezpieczający może także zlecić dyspozycję wpłaty Składki dodatkowej telefonicznie, zgodnie z regulaminem świadczenia usług private banking dostępnym w mBank S.A.

8. Składkę dodatkową można wpłacać w dowolnym momencie trwania Okresu ubezpieczenia. Minimalna wysokość Składki dodatkowej określona jest w Tabeli opłat i limitów, pkt 2, Załącznik nr 1 do OWU.

9. Składka jednorazowa i Składka dodatkowa muszą być opłacane wyłącznie w walucie polskiej.

10. Towarzystwo, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, informuje Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w każdym Roku ubezpieczenia o wysokości Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, a także o wartości Całkowitego wykupu ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że po raz pierwszy informacja ta przekazywana jest nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia.

11. Ubezpieczający przekazuje Ubezpieczonemu, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę na innym trwałym nośniku, informacje określone w ust. 10 powyżej niezwłocznie po ich przekazaniu przez



Towarzystwo.

12. Towarzystwo na żądanie Ubezpieczonego przekazuje informacje, o których mowa w ust. 10 powyżej.

§ 9. RYZYKO INWESTYCYJNE, RYZYKO KURSOWE, PRZECHOWYWANIE GOTÓWKI

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 jednorazowych lub Składek dodatkowych, 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 jednorazową lub Składkę dodatkową oczekującą na zamianę na Jednostki,
- 2) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Częściowego wykupu ubezpieczenia lub Całkowitego wykupu ubezpieczenia,
- 3) uzyskanej w wyniku umorzenia Jednostek i oczekującej na wypłatę Świadczenia,
- 4) stanowiącej wpłaty omyłkowej.

§ 10. ALOKACJA SKŁADKI JEDNORAZOWEJ I SKŁADKI DODATKOWEJ

1. Wpłacona Składka jednorazowa i każda wpłacona Składka dodatkowa przeznaczona jest w całości na zakup Jednostek Funduszy.

2. Ubezpieczony określa we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokację Składki jednorazowej, przy czym suma wskazań musi wynosić 100%. W przypadku gdy Ubezpieczony nie określi we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokacji Składki jednorazowej, Towarzystwo uznaje wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia za złożony nieprawidłowo i postępuje zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 13 – 14 OWU.

3. Ubezpieczony określa w formularzu wpłaty Składki dodatkowej Alokację Składki dodatkowej, przy czym suma wskazań musi wynosić 100%. W przypadku gdy Ubezpieczony nie określi Alokacji Składki dodatkowej, 100% zapłaconej Składki dodatkowej zostanie przeznaczona na zakup Jednostek Funduszu UFK Portfel Konserwatywny, a w przypadku jego likwidacji – Towarzystwo dokona zwrotu zapłaconej Składki dodatkowej na rachunek bankowy Ubezpieczającego.

§ 11. WYCENY JEDNOSTEK

1. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy oferowany przez Towarzystwo opisany jest w Regulaminie Portfeli funduszowych stanowiącym integralną część Umowy ubezpieczenia. Cena Jednostki danego Funduszu ustalana jest z częstotliwością określoną w Regulaminie Portfeli funduszowych.

2. Zasady wyceny Jednostek danego Funduszu określa Regulamin Portfeli funduszowych.

3. Towarzystwo ogłasza ceny Jednostek na swojej stronie internetowej

www.compensa.pl.

§ 12. ZASADY ZAMIANY SKŁADKI JEDNORAZOWEJ I SKŁADKI DODATKOWEJ NA JEDNOSTKI

1. Zamiana Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej na Jednostki (Zakup Jednostek) danego Funduszu odbywa się po Cenie zakupu Jednostki danego Funduszu ustalonej na koniec dnia wyceny, na której dokonano Zakupu Jednostek za daną Składkę jednorazową lub Składkę dodatkową.

2. Zlecenie Zakupu Jednostek wystawiane jest po prawidłowym zidentyfikowaniu wpłaty Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej, 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. Z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, realizacja zleceń Zakupu Jednostek każdego Funduszu za zapłaconą Składkę jednorazową odbywa się po Cenie zakupu Jednostki ustalonej najpóźniej na koniec czwartego dnia roboczego licząc od następnego dnia roboczego po potwierdzonym w Polisie Dniu początku odpowiedzialności.

4. Z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej, realizacja zleceń Zakupu Jednostek każdego Funduszu za zapłaconą Składkę dodatkową odbywa się po Cenie zakupu Jednostki ustalonej najpóźniej na koniec czwartego dnia roboczego licząc od następnego dnia roboczego po dniu, w którym na rachunku bankowym Towarzystwa uznano Składkę dodatkową.

5. 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 zakupu 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 prawdopodobieństwo 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.

§ 13. 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 § 28 OWU, w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa, albo telefonicznie, zgodnie z regulaminem świadczenia usług private banking dostępnym w mBank S.A.

3. Zlecenie rozpoczęcia operacji Konwersji Jednostek wystawiane jest najpóźniej czwartego dnia roboczego licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji Konwersji Jednostek, złożonej zgodnie z ust. 2 powyżej.

4. Umorzenie i Zakup Jednostek odbywa się po odpowiednich dla danych Funduszy Cenach zakupu i Cenach umorzenia Jednostek ustalonych na koniec dnia wyceny, na których dokonano operacji Umorzenia i Zakupu Jednostek, przy czym Zakup Jednostek odbywa się w następnym dniu roboczym przypadającym po dniu Umorzenia Jednostek.

5. Wykonanie Konwersji Jednostek podlega opłacie transakcyjnej, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) OWU.



§ 14. RODZAJE OPŁAT I SPOSÓB ICH POBIERANIA

1. Towarzystwo pobiera z Indywidualnego rachunku następujące rodzaje opłat:

1) 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 w wyniku Umorzenia Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku w celu przeprowadzenia Konwersji Jednostek,

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

2) opłatę za ryzyko śmierci Ubezpieczonego, która przeznaczona jest na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyka śmierci Ubezpieczonego, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata należna jest za każdy Rok ubezpieczenia,

b) opłata pobierana jest raz w każdym Roku ubezpieczenia, za każdy Rok ubezpieczenia z góry, przy czym za pierwszy Rok ubezpieczenia opłatę pobiera się w Dniu początku odpowiedzialności, zaś za kolejne Lata ubezpieczenia opłatę pobiera się w każdą kolejną Rocznicę ubezpieczenia począwszy od drugiej Rocznicy ubezpieczenia,

c) opłatę pobiera się poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, z uwzględnieniem Cen umorzenia Jednostek z ustalonych w wyniku wyceny Jednostek na koniec dnia wyceny, w którym dokonano ich umorzenia w celu pobrania opłaty,

d) wysokość opłaty określona jest kwotowo w Tabeli opłat i limitów, pkt 2, Załącznik nr I do OWU,

3) opłatę za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, która przeznaczona jest na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ryzyka śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego w okresie pierwszych sześciu miesięcy Okresu ubezpieczenia, w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata należna jest za cały okres, w którym Towarzystwo zapewnia ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego,

b) opłata pobierana jest jednorazowo, z góry za cały okres, w którym Towarzystwo zapewnia ochronę ubezpieczeniową z tytułu śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego, przy czym opłatę pobiera się w Dniu początku odpowiedzialności,

c) opłatę pobiera się poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, z uwzględnieniem Cen umorzenia Jednostek z ustalonych w wyniku wyceny Jednostek na koniec dnia wyceny, w którym dokonano ich umorzenia w celu pobrania opłaty,

d) wysokość opłaty określona jest kwotowo w Tabeli opłat i limitów, pkt 3, Załącznik nr I do OWU,

4) opłatę za zarządzanie Funduszami w odniesieniu do której zastosowanie znajdują następujące reguły:

a) opłata pokrywa koszty zarządzania Funduszem,

b) opłata naliczana jest jako określony dla danego Funduszu w Tabeli opłat i limitów, pkt 8, Załącznik nr I do OWU procent Aktywów Funduszu brutto,

c) opłata naliczana jest w każdym dniu roboczym i za każdy dzień roku liczonego jako 365 dni.

2. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia dokonywanego przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami § 21 OWU w pierwszym Roku ubezpieczenia, z wypłacanej kwoty zostanie potrącona opłata z tytułu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 21 OWU wyrażona jako odpowiedni procent wartości wypłacanych Jednostek wskazany w Tabeli opłat i limitów, pkt 4, Załącznik nr I do OWU.

3. W przypadku wystąpienia z Umowy ubezpieczenia dokonywanego przez Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami § 22 OWU w pierwszym Roku ubezpieczenia, z wypłacanej kwoty zostanie potrącona opłata z tytułu wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 22 OWU wyrażona jako odpowiedni procent wartości wypłacanych Jednostek wskazany w Tabeli opłat i limitów, pkt 5, Załącznik nr I do OWU.

4. W przypadku wypłaty kwoty Całkowitego wykupu w pierwszym Roku ubezpieczenia, z wypłacanej kwoty zostanie potrącona opłata za Całkowity wykup wyrażona jako odpowiedni procent wartości wypłacanych Jednostek wskazany w Tabeli opłat i limitów, pkt 6, Załącznik nr I do OWU.

5. W przypadku wypłaty kwoty Częściowego wykupu, z wypłacanej kwoty zostanie potrącona opłata za Częściowy wykup wyrażona jako odpowiedni procent wartości wypłacanych Jednostek wskazany w Tabeli opłat i limitów, pkt 7, Załącznik nr I do OWU.

§ 15. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony, w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia, może dokonać Częściowego wykupu ubezpieczenia.

2. Wartość Częściowego wykupu ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego po złożeniu wniosku o wykup, a przed wypłatą kwoty Częściowego wykupu ubezpieczenia – jego spadkobiercom.

3. Częściowy wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek Ubezpieczonego złożony, w miarę możliwości, na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa albo telefonicznie, zgodnie z regulaminem świadczenia usług private banking dostępnym w mBank S.A. Do pisemnego wniosku o Częściowy wykup ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć:

1) kopię dokumentu tożsamości (tj. dowodu osobistego lub paszportu) Ubezpieczonego,

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

4. Przy realizacji Częściowego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera z wypłacanej kwoty opłatę za dokonanie Częściowego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 5 OWU, której wysokość wskazana jest w Tabeli opłat i limitów, pkt 7, Załącznik nr I do OWU.

5. Zlecenie Umorzenia Jednostek uwzględniające: liczbę Jednostek umorzonych w celu pobrania opłaty za Częściowy wykup ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 5 OWU oraz liczbę Jednostek umorzonych w celu dokonania wypłaty wnioskowanej przez Ubezpieczonego kwoty Częściowego wykupu ubezpieczenia, wystawiane jest najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Częściowy wykup ubezpieczenia złożony zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 powyżej, z zachowaniem pozostałych postanowień niniejszego paragrafu.

6. Umorzenie Jednostek odbywa się po Cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec dnia wyceny, na który dokonano Umorzeń Jednostek.



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

8. 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.

§ 16. CAŁKOWITY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczony, w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia, może dokonać Całkowitego wykupu ubezpieczenia.

2. Wartość Całkowitego wykupu ubezpieczenia przysługuje Ubezpieczonemu, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego po złożeniu wniosku o wykup, a przed wypłatą kwoty Całkowitego wykupu ubezpieczenia – jego spadkobiercom.

3. Całkowity wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek Ubezpieczonego złożony, w miarę możliwości, na formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa albo telefonicznie, zgodnie z regulaminem świadczenia usług private banking dostępnym w mBank S.A. Do pisemnego wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć:

1) 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.

4. Przy realizacji Całkowitego wykupu ubezpieczenia Towarzystwo pobiera z wypłacanej kwoty opłatę za dokonanie Całkowitego wykupu ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 4 OWU, której wysokość wskazana jest w Tabeli opłat i limitów, pkt 6, Załącznik nr I do OWU.

5. Po otrzymaniu przez Towarzystwo wniosku o Całkowity wykup ubezpieczenia złożony zgodnie z zasadami wskazanymi w ust. 3 powyżej, Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek z Indywidualnego rachunku Ubezpieczonego.

6. Zlecenie Umorzenia Jednostek uwzględniające liczbę wszystkich Jednostek umorzonych w celu dokonania Całkowitego wykupu ubezpieczenia wystawiane jest najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczonego o Całkowity wykup ubezpieczenia złożony zgodnie z zasadami wskazanymi 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. Towarzystwo dokonuje Całkowitego wykupu ubezpieczenia, bez wniosku Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 3 powyżej, w następujących przypadkach:

1) śmierć Ubezpieczonego – po otrzymaniu wniosku o wypłatę Świadczenia, z zachowaniem terminów i zasad, o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej, z zastrzeżeniem, że Towarzystwo nie pobiera

opłaty transakcyjnej za Całkowity wykup ubezpieczenia, o której mowa w ust. 4 i 6 powyżej,

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

3) wystąpienie z Umowy ubezpieczenia dokonane przez Ubezpieczonego zgodnie z postanowieniami § 22 OWU – po otrzymaniu pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i zasad, o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej,

4) rozwiązanie Umowy ubezpieczenia na skutek braku Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku na pokrycie opłat przewidzianych w OWU, o którym mowa w § 5 ust. 2 pkt 7) OWU,

5) odstąpienie od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami § 20 lub § 21 OWU – po otrzymaniu pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem terminów i zasad, o których mowa w ust. 4 – 9 powyżej.

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

1. Przy realizacji zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składki jednorazowej i Składki dodatkowej na Jednostki Funduszy, Umarzania Jednostek i Konwersji Jednostek mogą nastąpić opóźnienia w stosunku do terminów Zakupów i Umorzeń Jednostek określonych w: § 3, § 12, § 13, § 14, § 15, § 16, § 20, § 21, § 22 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.

§ 18. 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 www.compensa.pl.

3. W przypadku podjęcia przez Towarzystwo decyzji o likwidacji Funduszu albo o czasowym lub całkowitym zawieszeniu sprzedaży Jednostek danego Funduszu, ustaje możliwość Konwersji Jednostek na



Jednostki tego Funduszu.

4. W przypadku likwidacji Funduszu, Towarzystwo zwróci się pisemnie do Ubezpieczonych, posiadających 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 niezłożenia dyspozycji przez Ubezpieczonego w tym terminie, Towarzystwo dokona Konwersji Jednostek likwidowanego Funduszu na Jednostki Funduszu UFK Portfel Konserwatywny, a w przypadku jego likwidacji – Towarzystwo dokona przelewu kwoty powstałej w wyniku Umorzenia Jednostek likwidowanego Funduszu na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, przy czym z kwoty tej potrącający jest podatek, o ile jest on należny. Aktualny Wykaz Funduszy oferowanych przez Towarzystwo do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU zamieszczony jest na stronie internetowej Towarzystwa: www.compensa.pl.

5. W przypadku otrzymania przez Towarzystwo dyspozycji Konwersji Jednostek 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.

6. Zmiana nazwy Funduszu, o ile nie jest związana z jakimikolwiek 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 www.compensa.pl.

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

1. Towarzystwo ponosi odpowiedzialność za błędne wykonanie zleconych prawidłowo dyspozycji zamiany Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej 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 § 12 ust. 5 oraz § 17 OWU.

§ 20. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający będący przedsiębiorcą ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 7 dni od dnia jej zawarcia, 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, o którym mowa w ust. 4 powyżej, potrącający jest podatek, o ile jest należny.

6. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia Umorzenia Jednostek Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, przelewu kwoty, o której mowa w ust. 5 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

7. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część: opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU oraz opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 3) OWU.

§ 21. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA PO OTRZYMANIU PIERWSZEJ INFORMACJI O WARTOŚCI WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni, licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy zgodnie z § 8 ust. 10 OWU informacji o wartości wykupu ubezpieczenia, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

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 wypłaci Ubezpieczającemu wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, przy czym Umorzenie Jednostek odbywa się po cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec dnia wyceny przypadającego w dniu wpłynięcia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia, pomniejszoną o podatek, o ile jest należny, z zastrzeżeniem, że jeżeli odstąpienie od Umowy ubezpieczenia zostanie dokonane w pierwszym Roku ubezpieczenia, obliczona wartość Jednostek pomniejszona zostanie o opłatę z tytułu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 2 OWU, a następnie o podatek, o ile jest należny.

4. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia Umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, przelewu kwoty, o której mowa w ust. 3 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

5. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej proporcjonalną część opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU.

§ 22. WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA PO OTRZYMANIU PIERWSZEJ INFORMACJI O WARTOŚCI WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. W przypadku, gdy Ubezpieczony jest osobą inną niż Ubezpieczający, Ubezpieczony w terminie 60 dni od dnia otrzymania, zgodnie z § 8 ust. 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 z Umowy ubezpieczenia.

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

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

4. Po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczonego o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, przy czym Umorzenie Jednostek odbywa się po cenach Jednostek danych Funduszy ustalonych na koniec dnia wyceny przypadającego w dniu wypłynięcia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia, pomniejszoną o podatek, o ile jest należny, z zastrzeżeniem, że jeżeli wystąpienie z Umowy ubezpieczenia zostanie dokonane w pierwszym Roku ubezpieczenia, obliczona wartość Jednostek pomniejszona zostanie o opłatę z tytułu wystąpienia z Umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 14 ust. 3 OWU, a następnie o podatek, o ile jest należny.

5. Najpóźniej w ciągu 10 dni roboczych od dnia Umorzenia Jednostek, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczającego, przelewu kwoty, o której mowa w ust. 3 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczającego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej proporcjonalną część opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU.

§ 23. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa.

2. W okresie wypowiedzenia Towarzystwo pobiera z Indywidualnego rachunku wszystkie opłaty, o których mowa w § 14 ust. 1 OWU.

3. 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 § 16 OWU.

4. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część: opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU oraz opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego, o której mowa w § 14 ust. 1 pkt 3) OWU, z zastrzeżeniem, że proporcjonalna część opłaty za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego zwracana jest wyłącznie w przypadku, gdy oświadczenie o wypowiedzeniu zostało złożone w trakcie pierwszych sześciu miesięcy od początku Okresu ubezpieczenia i zakończyło swój bieg najpóźniej w ostatnim dniu szóstego miesiąca kalendarzowego licząc od Dnia początku odpowiedzialności.

§ 24. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

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

2) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia 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 Ubezpieczonego – po śmierci Ubezpieczonego,

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

6) w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym wartość Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku nie wystarczyła na pokrycie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia, o których mowa w § 14 OWU – na skutek braku Jednostek zgromadzonych na Indywidualnym rachunku Ubezpieczonego na pokrycie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.

§ 25. 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, w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa, 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 Agenta ubezpieczeniowego, 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. 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) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego,

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

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

d) 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.

5. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wnioski 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.

6. Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia.

7. 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.

8. 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.

9. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 8 zdanie pierwsze 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 jego roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część Świadczenia.

10. 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.

11. 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.

12. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, Towarzystwo udostępnia, na żądanie, w postaci elektronicznej.

13. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 11 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzenia udostępnianych zgodnie z ust. 11 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 11 powyżej – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 11 powyżej.

14. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 11 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

15. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

16. Każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wniosek 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 najpóźniej w czwartym dniu roboczym licząc od następnego dnia roboczego po dniu otrzymania przez Towarzystwo takiego wniosku.

17. 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](http://www.compensa.pl), który jest dostępny na stronie internetowej www.compensa.pl, z zastrzeżeniem, że należy przedłożyć wymagane dokumenty do rozpatrzenia danego roszczenia.

§ 26. 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 niebędącą 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 22 867 66 67.

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 skarg lub zażaleń.
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 jej tą drogą.
9. Po otrzymaniu odpowiedzi na skargę lub zażalenie rozpatrzone negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 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 składającej skargę lub zażalenie.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 27. DOCHODZENIE ROSZCZEŃ WYNIKAJĄCYCH Z UMOWY UBEZPIECZENIA, SKŁADANIE REKLAMACJI PRZEZ 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)

1. 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 22 867 66 67 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. 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 fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.
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 postańca 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 składająca Reklamację ma prawo:
- 1) odwołać się do Towarzystwa,
 - 2) złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
11. Niezależnie od trybu rozpatrywania Reklamacji wskazanej w ust. 1 – 10 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składającą 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 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.

§ 28. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEŃ I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Z zachowaniem postanowień zdania drugiego oraz § 8 ust. 7 OWU,



§ 13 ust. 2 OWU, § 15 ust. 3 OWU i § 16 ust. 3 OWU 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. 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.

4. 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, oraz o wygaśnięciu ochrony ubezpieczeniowej, na podstawie informacji przekazanej przez Towarzystwo niezwłocznie po jej otrzymaniu.

5. Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego, przekazuje informacje, o których mowa w ust. 4 powyżej.

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

7. Oświadczenia i wnioski składane Towarzystwu będą uważane za złożone skutecznie, o ile zostaną doręczone do Siedziby Towarzystwa.

8. 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.

§ 29. 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 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 (tj. 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 (tj. 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 (tj. 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) ustalone 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) ustalone 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 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 (tj. 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 I 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”.

§ 30. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

Towarzystwo na stronie internetowej www.compensa.pl zamieszcza sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej.

§ 31. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/03/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 19 marca 2018 r. wchodzi w życie z dniem 2 kwietnia 2018 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 2 kwietnia 2018

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ZAŁĄCZNIK NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. o symbolu BRP-01 I8

Tabela opłat

Tytuł opłaty	Lp.	Sposób pobierania i wysokość opłaty	
Opłata transakcyjna z tytułu Konwersji Jednostek	l	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) OWU	
	la	za pierwsze 12 Konwersji Jednostek w danym Roku ubezpieczenia	brak opłat
	lb	za każdą kolejną Konwersję Jednostek w danym Roku ubezpieczenia	20 PLN
Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego	2	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 2) OWU	
		pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku	0,50 PLN
Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w następstwie Wypadku komunikacyjnego	3	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 3) OWU	
		pobierana jest poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek poszczególnych Funduszy zgromadzonych na Indywidualnym rachunku	0,80 PLN za każde 1 000 PLN Sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego
Opłata z tytułu odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 21 OWU	4	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 2 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata z tytułu wystąpienia przez Ubezpieczonego z Umowy ubezpieczenia zgodnie z § 22 OWU	5	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 3 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za Całkowity wykup ubezpieczenia	6	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 4 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za Częściowy wykup ubezpieczenia	7	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 5 OWU	
		Rok ubezpieczenia	wysokość opłaty
		1	1%
2 i następne	0		
Opłata za zarządzanie Funduszami	8	opłata jest naliczana i pobierana zgodnie z zasadami, o których mowa w § 14 ust. 1 pkt 4) OWU	
		Fundusz	Wysokość opłaty w skali roku
		Portfel Konserwatywny	0,90%
		Portfel Stabilnego Wzrostu	1,50%
		Portfel Zrównoważony	2,05%
Portfel Agresywny	2,55%		

Tabela limitów

Lp.	Opis	Limit
1	Minimalna wysokość Składki jednorazowej	50 000 PLN
2	Minimalna wysokość Składki dodatkowej	20 000 PLN



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. O SYMOLU BRP-01 I 8

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Portfele Funduszowe o symbolu BRP-01 I 8 zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/03/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 19 marca 2018 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 2 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 23.

2. Dotychczasowy § 26 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 26. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmiotom, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 27 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonej w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 27 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 § 27 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 § 27 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 27. 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 będącym 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, Ubezpieczonego, 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, Ubezpieczonego, 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 zapoznania 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:

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: <https://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 S.A. 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. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 8/05/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 17 maja 2018 r. wchodzi w życie z dniem 25 maja 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 25 maja 2018 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 PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A. o symbolu BRP-0118

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym dla Klientów mBank S.A. o symbolu BRP-0118 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/03/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 19 marca 2018 r. wprowadza się następujące zmiany:

I. po § 29 dodaje się nowy § 29a w brzmieniu:

„§ 29a DODATKOWE POSTANOWIENIA UMOWNE

Bez uszczerbku dla pozostałych postanowień Umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana, o ile i tak długo dopóki nie zostały nałożone sankcje gospodarcze, handlowe lub finansowe ani embarga przez Unię Europejską, Organizację Narodów Zjednoczonych lub Polskę, mające bezpośrednie zastosowanie dla umawiających się

stron. Powyższe dotyczy również sankcji gospodarczych, handlowych lub finansowych bądź embarg nałożonych przez USA, o ile przepisy prawa Unii Europejskiej lub Polski nie stanowią inaczej.”

§ 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 2/02/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 8 lutego 2021 r. wchodzi w życie z dniem 8 lutego 2021 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 8 lutego 2021 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Konrad Kluska
Członek Zarządu



WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP dostępnych w ubezpieczeniu
PORTFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.
(stan na dzień 31 grudnia 2020 roku)

L.p.	Fundusz	Waluta	Grupa UFK	Poziom ryzyka inwestycyjnego	Wycena
1.	UFK PORTFEL KONSERWATYWNY	PLN	Dłużne	1	Dzienna
2.	UFK PORTFEL STABILNEGO WZROSTU	PLN	Mieszane	1	Dzienna
3.	UFK PORTFEL ZRÓWNOWAŻONY	PLN	Mieszane	3	Dzienna
4.	UFK PORTFEL AGRESYWNY	PLN	Akcji	3	Dzienna



REGULAMINY PORTFELI FUNDUSZOWYCH dostępnych w ubezpieczeniu PORTEFELE FUNDUSZOWE DLA KLIENTÓW mBANK S.A.

I. REGULAMIN UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO „PORTFEL KONSERWATYWNY”

Art. 1

Regulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jako Fundusz „Portfel Konserwatywny”, zwanego dalej „Funduszem”, a w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego Funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

Art. 2

Aktywa funduszu są inwestowane zarówno w instrumenty finansowe związane z niskim ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka w celu osiągnięcia w średnim i długim okresie stóp zwrotu przewyższających dochodowość instrumentów wolnych od ryzyka.

Art. 3

1. Celem inwestycyjnym Zarządzającego, jest osiągnięcie w krótkim okresie stopy zwrotu przewyższającej oprocentowanie krótkoterminowych lokat, przy zachowaniu wysokiej płynności lokat wchodzących w skład portfela.

2. Zarządzający aktywami Funduszu nie daje gwarancji realizacji zamierzonego celu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 1.

Art. 4

W skład zarządzanego portfela mogą wchodzić następujące instrumenty finansowe:

- jednostki uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania,
- instrumenty rynku pieniężnego,
- lokaty bankowe.

Art. 5

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe wymienione w Art. 4 z zastosowaniem następujących ograniczeń inwestycyjnych::

Klasa aktywów	Minimum	Maksimum
Fundusze rynku pieniężnego; instrumenty rynku pieniężnego; lokaty bankowe	30%	80%
Fundusze dłużne	20%	70%
Fundusze długu korporacyjnego	0%	40%

przy czym:

1) nie więcej niż 25% aktywów lokowanych jest w tytuły uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego. W przypadku, gdy w ramach funduszu wyodrębnione zostały subfundusze, niniejszy limit ma zastosowanie do inwestycji na poziomie subfunduszy;

2) w celu ograniczenia ekspozycji na rynki zagraniczne nie więcej niż 20% aktywów strategii konserwatywnej lokowanych będzie w funduszach inwestycyjnych, które inwestują większość aktywów na rynkach zagranicznych;

3) bezpośrednia ekspozycja portfela na ryzyko walutowe nie może przekraczać 20% wartości aktywów lokowanych w ramach strategii konserwatywnej.

Art. 6

Główne ryzyka związane z inwestowaniem w Fundusz:

- 1) ryzyko stopy procentowej,
- 2) ryzyko płynności,
- 3) ryzyko kredytowe,
- 4) ryzyko walutowe,
- 5) ryzyko rynkowe,
- 6) ryzyko utraty części lub całości zainwestowanych środków.

Art. 7

Decyzję o składzie portfela podejmuje się na podstawie osiąganych przez komponenty portfela wyników i ich zmienności, strategii inwestycyjnej funduszy inwestycyjnych i sposobu jej realizacji, sposobu prezentacji wyników przez fundusze inwestycyjne oraz na podstawie przewidywań Zarządzającego co do sytuacji w poszczególnych segmentach rynku kapitałowego i perspektyw danych funduszy inwestycyjnych.

Art. 8

Środki wchodzące w skład aktywów Funduszu nie mogą być inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez akcjonariuszy Towarzystwa.

Art. 9

W przypadku przekroczenia limitów inwestycyjnych określonych w Art. 5 Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego doprowadzenia do stanu zgodnego z określonymi Regulaminem limitami inwestycyjnymi.

Art. 10

Aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wycenia się zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. oraz odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Art. 11

1. Środki pieniężne oraz instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu są zapisywane na rachunku Towarzystwa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób zapewniający wydzielenie aktywów Funduszu.

2. Banki i podmioty prowadzące działalność maklerską w rozumieniu przepisów o instrumentach finansowych, prowadzące rachunki służące przechowywaniu i lokowaniu aktywów Funduszu, powinny spełniać następujące warunki:

- 1) zapewnić bezpieczeństwo przechowywanych aktywów Funduszu;
- 2) sprawnie dokonywać operacji przelewów i rozliczeń pieniężnych;
- 3) sprawnie zawierać transakcje na rynku pieniężnym i kapitałowym.

Art. 12

1. Aktywa netto Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są równe sumie wartości wszystkich składników majątkowych tworzących Fundusz, pomniejszonej o wartość zobowiązań Funduszu.

2. Dochody z lokat Funduszu, w tym odsetki, powiększają wartość



aktywów Funduszu.

3. Wartość aktywów Funduszu powiększa również świadczenie wypłacane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub spółki zarządzające instytucjami wspólnego inwestowania z tytułu lokowania przez Fundusz w zarządzanych przez nie funduszach inwestycyjnych lub instytucjach wspólnego inwestowania aktywów Funduszu o znacznej wartości.

4. Zobowiązania Funduszu, o których mowa w ust. 1 powyżej, tworzą w szczególności: opłata za zarządzanie Funduszem oraz nielimitowane opłaty takie jak prowizje maklerskie, opłaty za przechowywanie aktywów, opłaty za przelewy gotówkowe oraz opłaty obciążające aktywa Funduszu, wynikają z przepisów prawa podatkowego i innych przepisów prawa.

5. Opłata za zarządzanie Funduszem wyliczana jest w oparciu o wartości aktywów Funduszu brutto i wynosi 0,90% w skali roku. Opłatę za zarządzanie nalicza się w każdym dniu roboczym i za każdy dzień roku liczonego jako 365 dni.

6. Aktywa Funduszu brutto i aktywa Funduszu netto wyznaczane są z dokładnością do jednego grosza.

7. W celu określenia Ceny zakupu i Ceny umorzenia Jednostki, Towarzystwo ma obowiązek dokonania wyceny wartości aktywów Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ustalenia ceny rzeczywistej Jednostki każdego dnia roboczego.

8. Cena rzeczywista Jednostki wyrażana w złotych polskich jest równa wartości aktywów netto Funduszu, podzielonych przez liczbę Jednostek ogółem, na które został on podzielony, w zaokrągleniu do pięciu miejsc po przecinku.

9. Cenę umorzenia ustala się po zaokrągleniu ceny rzeczywistej wynikającej z wyceny do jednego grosza.

10. Cenę zakupu ustala się z dokładnością do jednego grosza.

11. Jednostki, nabywane za kwoty przekazane tytułem Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej, kupowane są po cenie nabycia obowiązującej w dniu wyceny, następującym trzeciego dnia roboczego po wpłynięciu wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa.

Art. 13

W części nieuregulowanej w niniejszym regulaminie do zasad funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stosuje się ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku oraz odpowiednie akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy.

II. REGULAMIN UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO „PORTFEL STABILNEGO WZROSTU”

Art. 1

Regulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jako Fundusz „Portfel Stabilnego Wzrostu”, zwanego dalej „Funduszem”, a w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego Funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

Art. 2

Aktywa funduszu są inwestowane zarówno w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka w celu osiągnięcia w średnim i długim okresie stabilnego wzrostu wartości portfela.

Art. 3

1. Celem inwestycyjnym Zarządzającego jest osiągnięcie w średnim okresie stopy zwrotu umiarkowanie przewyższającej rentowność instrumentów bezpiecznych.

2. Zarządzający aktywami Funduszu nie daje gwarancji realizacji zamierzonego celu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 1.

Art. 4

W skład zarządzanego portfela mogą wchodzić następujące instrumenty finansowe:

- jednostki uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania,
- instrumenty pochodne notowane na rynku regulowanym – w celu zabezpieczenia pozycji, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych,
- instrumenty rynku pieniężnego,
- lokaty bankowe.

Art. 5

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe wymienione w Art. 4 z zastosowaniem następujących ograniczeń inwestycyjnych:

Klasa aktywów	Minimum	Maksimum
Fundusze akcyjne	10%	40%
Fundusze alternatywne	0%	20%
Fundusze dłużne; instrumenty rynku pieniężnego; lokaty bankowe	50%	90%
Fundusze długu korporacyjnego	0%	30%
Instrumenty pochodne*)	0%	30%

*)wartości bezwzględne

przy czym:

- 1)** nie więcej niż 25% aktywów lokowanych jest w tytuły uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego. W przypadku, gdy w ramach funduszu wyodrębnione zostały subfundusze, niniejszy limit ma zastosowanie do inwestycji na poziomie subfunduszy;
- 2)** w celu ograniczenia ekspozycji na rynki zagraniczne nie więcej niż 20% aktywów strategii stabilnego wzrostu lokowanych będzie w funduszach inwestycyjnych, które inwestują większość aktywów na rynkach zagranicznych;
- 3)** bezpośrednia ekspozycja portfela na ryzyko walutowe nie może przekraczać 20% wartości aktywów lokowanych w ramach strategii stabilnego wzrostu.

Art. 6

Główne ryzyka związane z inwestowaniem w Fundusz:

- 1)** ryzyko stopy procentowej,
- 2)** ryzyko płynności,
- 3)** ryzyko kredytowe,
- 4)** ryzyko walutowe,
- 5)** ryzyko rynkowe,
- 6)** ryzyko związane z inwestowaniem w instrumenty pochodne,
- 7)** ryzyko utraty części lub całości zainwestowanych środków.

Art. 7



1. Decyzję o składzie portfela podejmuje się na podstawie osiągniętych przez komponenty portfela wyników i ich zmienności, strategii inwestycyjnej funduszy inwestycyjnych i sposobu jej realizacji, sposobu prezentacji wyników przez fundusze inwestycyjne oraz na podstawie przewidywań Zarządzającego co do sytuacji w poszczególnych segmentach rynku kapitałowego i perspektyw danych funduszy inwestycyjnych.

2. Dopuszczalne jest przejściowe inwestowanie w instrumenty pochodne zgodnie z zapisami Art. 4.

Art. 8

Środki wchodzące w skład aktywów Funduszu nie mogą być inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez akcjonariuszy Towarzystwa.

Art. 9

W przypadku przekroczenia limitów inwestycyjnych określonych w Art. 5 Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego doprowadzenia do stanu zgodnego z określonymi Regulaminem limitami inwestycyjnymi.

Art. 10

Aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wycenia się zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. oraz odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Art. 11

1. Środki pieniężne oraz instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu są zapisywane na rachunku Towarzystwa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób zapewniający wydzielenie aktywów Funduszu.

2. Banki i podmioty prowadzące działalność maklerską w rozumieniu przepisów o instrumentach finansowych, prowadzące rachunki służące przechowywaniu i lokowaniu aktywów Funduszu, powinny spełniać następujące warunki:

- 1) zapewnić bezpieczeństwo przechowywanych aktywów Funduszu;
- 2) sprawnie dokonywać operacji przelewów i rozliczeń pieniężnych;
- 3) sprawnie zawierać transakcje na rynku pieniężnym i kapitałowym.

Art. 12

1. Aktywa netto Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są równe sumie wartości wszystkich składników majątkowych tworzących Fundusz, pomniejszonej o wartość zobowiązań Funduszu.

2. Dochody z lokat Funduszu, w tym odsetki, powiększają wartość aktywów Funduszu.

3. Wartość aktywów Funduszu powiększa również świadczenie wypłacane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub spółki zarządzające instytucjami wspólnego inwestowania z tytułu lokowania przez Fundusz w zarządzanych przez nie funduszach inwestycyjnych lub instytucjach wspólnego inwestowania aktywów Funduszu o znacznej wartości.

4. Zobowiązania Funduszu, o których mowa w ust. 1 powyżej, tworzą w szczególności: opłata za zarządzanie Funduszem oraz nielimitowane opłaty takie jak prowizje maklerskie, opłaty za przechowywanie aktywów, opłaty za przelewy gotówkowe oraz opłaty obciążające aktywa Funduszu, które wynikają z przepisów prawa podatkowego i innych przepisów prawa.

5. Opłata za zarządzanie Funduszem wyliczana jest w oparciu o wartości aktywów Funduszu brutto i wynosi 1,50% w skali roku. Opłatę za zarządzanie nalicza się w każdym dniu roboczym i za każdy dzień roku

liczonego jako 365 dni.

6. Aktywa Funduszu brutto i aktywa Funduszu netto wyznaczone są z dokładnością do jednego grosza.

7. W celu określenia Ceny zakupu i Ceny umorzenia Jednostki, Towarzystwo ma obowiązek dokonania wyceny wartości aktywów Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ustalenia ceny rzeczywistej Jednostki każdego dnia roboczego.

8. Cena rzeczywista Jednostki wyrażana w złotych polskich jest równa wartości aktywów netto Funduszu, podzielonych przez liczbę Jednostek ogółem, na które został on podzielony, w zaokrągleniu do pięciu miejsc po przecinku.

9. Cenę umorzenia ustala się po zaokrągleniu ceny rzeczywistej wynikającej z wyceny do jednego grosza.

10. Cenę zakupu ustala się z dokładnością do jednego grosza.

11. Jednostki, nabywane za kwoty przekazane tytułem Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej, kupowane są po cenie nabycia obowiązującej w dniu wyceny, następującym trzeciego dnia roboczego po wpłynięciu wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa.

Art. 13

W części nieuregulowanej w niniejszym regulaminie do zasad funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stosuje się ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku oraz odpowiednie akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy.

III. REGULAMIN UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO „PORTFEL ZRÓWNOWAŻONY”

Art. 1

RRegulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jako Fundusz „Portfel Zrównoważonego Wzrostu”, zwanego dalej „Funduszem”, a w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego Funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

Art. 2

Aktywa funduszu są inwestowane w zarówno w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem, jak i te o umiarkowanym poziomie ryzyka celu osiągnięcia w średnim i długim terminie zrównoważonego wzrostu wartości portfela.

Art. 3

1. Celem inwestycyjnym Zarządzającego jest osiągnięcie w długim okresie stopy zwrotu znacznie przewyższającej rentowność instrumentów bezpiecznych.

2. Zarządzający aktywami Funduszu nie daje gwarancji realizacji zamierzonego celu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 1.

Art. 4

W skład zarządzanego portfela mogą wchodzić następujące instrumenty finansowe:

- jednostki uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania,
- instrumenty pochodne notowane na rynku regulowanym – w celu zabezpieczenia pozycji, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad



uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych,

- instrumenty rynku pieniężnego,
- lokaty bankowe.

Art. 5

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe wymienione w Art. 4 z zastosowaniem następujących ograniczeń inwestycyjnych:

Klasa aktywów	Minimum	Maksimum
Fundusze akcyjne	36%	65%
Fundusze alternatywne	0%	30%
Fundusze dłużne; instrumenty rynku pieniężnego; lokaty bankowe	30%	65%
Fundusze długu korporacyjnego	0%	30%
Instrumenty pochodne*)	0%	30%

*wartości bezwzględne

przy czym:

- 1) nie więcej niż 25% aktywów lokowanych jest w tytuły uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego. W przypadku, gdy w ramach funduszu wyodrębnione zostały subfundusze, niniejszy limit ma zastosowanie do inwestycji na poziomie subfunduszy;
- 2) w celu ograniczenia ekspozycji na rynki zagraniczne nie więcej niż 30% aktywów strategii zrównoważonego wzrostu lokowanych będzie w funduszach inwestycyjnych, które inwestują większość aktywów na rynkach zagranicznych;
- 3) bezpośrednia ekspozycja portfela na ryzyko walutowe nie może przekraczać 30% wartości aktywów lokowanych w ramach strategii zrównoważonego wzrostu.

Art. 6

Główne ryzyka związane z inwestowaniem w Fundusz:

- 1) ryzyko stopy procentowej,
- 2) ryzyko płynności,
- 3) ryzyko kredytowe,
- 4) ryzyko walutowe,
- 5) ryzyko rynkowe,
- 6) ryzyko związane z inwestowaniem w instrumenty pochodne,
- 7) ryzyko utraty części lub całości zainwestowanych środków.

Art. 7

1. Decyzję o składzie portfela podejmuje się na podstawie osiągniętych przez komponenty portfela wyników i ich zmienności, strategii inwestycyjnej funduszy inwestycyjnych i sposobu jej realizacji, sposobu prezentacji wyników przez fundusze inwestycyjne oraz na podstawie przewidywań Zarządzającego co do sytuacji w poszczególnych segmentach rynku kapitałowego i perspektyw danych funduszy inwestycyjnych.

2. Dopuszczalne jest przejściowe inwestowanie w instrumenty pochodne zgodnie z zapisami Art. 4.

Art. 8

Środki wchodzące w skład aktywów Funduszu nie mogą być inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez akcjonariuszy Towarzystwa.

Art. 9

W przypadku przekroczenia limitów inwestycyjnych określonych w Art. 5 Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego doprowadzenia do stanu zgodnego z określonymi Regulaminem limitami inwestycyjnymi.

Art. 10

Aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wycenia się zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. oraz odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Art. 11

1. Środki pieniężne oraz instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu są zapisywane na rachunku Towarzystwa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób zapewniający wydzielenie aktywów Funduszu.

2. Banki i podmioty prowadzące działalność maklerską w rozumieniu przepisów o instrumentach finansowych, prowadzące rachunki służące przechowywaniu i lokowaniu aktywów Funduszu, powinny spełniać następujące warunki:

- 1) zapewnić bezpieczeństwo przechowywanych aktywów Funduszu;
- 2) sprawnie dokonywać operacji przelewów i rozliczeń pieniężnych;
- 3) sprawnie zawierać transakcje na rynku pieniężnym i kapitałowym.

Art. 12

1. Aktywa netto Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są równe sumie wartości wszystkich składników majątkowych tworzących Fundusz, pomniejszonej o wartość zobowiązań Funduszu.

2. Dochody z lokat Funduszu, w tym odsetki, powiększają wartość aktywów Funduszu.

3. Wartość aktywów Funduszu powiększa również świadczenie wypłacane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub spółki zarządzające instytucjami wspólnego inwestowania z tytułu lokowania przez Fundusz w zarządzanych przez nie funduszach inwestycyjnych lub instytucjach wspólnego inwestowania aktywów Funduszu o znacznej wartości.

4. Funduszu, o których mowa w ust. 1 powyżej, tworzą w szczególności: opłata za zarządzanie Funduszem oraz nielimitowane opłaty takie jak prowizje maklerskie, opłaty za przechowywanie aktywów, opłaty za przelewy gotówkowe oraz opłaty obciążające aktywa Funduszu, które wynikają z przepisów prawa podatkowego i innych przepisów prawa.

5. Opłata za zarządzanie Funduszem wyliczana jest w oparciu o wartości aktywów Funduszu brutto i wynosi 2,05% w skali roku. Opłatę za zarządzanie nalicza się w każdym dniu roboczym i za każdy dzień roku liczonego jako 365 dni.

6. Aktywa Funduszu brutto i aktywa Funduszu netto wyznaczane są z dokładnością do jednego grosza.

7. W celu określenia Ceny zakupu i Ceny umorzenia Jednostki, Towarzystwo ma obowiązek dokonania wyceny wartości aktywów Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ustalenia ceny rzeczywistej Jednostki każdego dnia roboczego.

8. Cena rzeczywista Jednostki wyrażana w złotych polskich jest równa wartości aktywów netto Funduszu, podzielonych przez liczbę Jednostek ogółem, na które został on podzielony, w zaokrągleniu do pięciu miejsc po przecinku.

9. Cenę umorzenia ustala się po zaokrągleniu ceny rzeczywistej wynikającej z wyceny do jednego grosza.

10. Cenę zakupu ustala się z dokładnością do jednego grosza.

11. Jednostki, nabywane za kwoty przekazane tytułem Składki



jednorazowej lub Składki dodatkowej, kupowane są po cenie nabycia obowiązującej w dniu wyceny, następującym trzeciego dnia roboczego po wpłynięciu wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa.

Art. 13

W części nieuregulowanej w niniejszym regulaminie do zasad funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stosuje się ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku oraz odpowiednie akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy.

IV. REGULAMIN UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO „PORTFEL AGRESYWNY”

Art. 1

Regulamin określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jako Fundusz „Portfel Agresywny”, zwanego dalej „Funduszem”, a w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład tego Funduszu, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

Art. 2

Aktywa funduszu są inwestowane w instrumenty finansowe związane z podwyższonym ryzykiem w celu osiągnięcia w długim terminie wzrostu wartości portfela. Ze względu na wysoki dopuszczalny udział instrumentów finansowych o podwyższonym ryzyku w portfelu jego wartość może podlegać znacznym wahaniom.

Art. 3

1. Celem inwestycyjnym Zarządzającego jest maksymalizacja w długim okresie stopy zwrotu z powierzonego kapitału, przy utrzymaniu ryzyka inwestycyjnego na wysokim poziomie.

2. Zarządzający aktywami Funduszu nie daje gwarancji realizacji zamierzonego celu inwestycyjnego, o którym mowa w ust. 1.

Art. 4

W skład zarządzanego portfela mogą wchodzić następujące instrumenty finansowe:

- jednostki uczestnictwa otwartych funduszy inwestycyjnych lub tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania,
- instrumenty pochodne notowane na rynku regulowanym – w celu zabezpieczenia pozycji, zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych,
- instrumenty rynku pieniężnego,
- lokaty bankowe.

Art. 5

Aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe wymienione w Art. 4 z zastosowaniem następujących ograniczeń inwestycyjnych:

Klasa aktywów	Minimum	Maksimum
Fundusze akcyjne	60%	100%
Fundusze alternatywne	0%	40%
Instrumenty pochodne*	0%	40%
Fundusze dłużne; instrumenty rynku pieniężnego; lokaty bankowe	0%	40%
Fundusze długu korporacyjnego	0%	20%

*wartości bezwzględne

przy czym:

- 1) nie więcej niż 25% aktywów lokowanych jest w tytuły uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego. W przypadku, gdy w ramach funduszu wyodrębnione zostały subfundusze, niniejszy limit ma zastosowanie do inwestycji na poziomie subfunduszy;
- 2) w celu ograniczenia ekspozycji na rynki zagraniczne nie więcej niż 40% aktywów strategii agresywnej lokowanych będzie w funduszach inwestycyjnych, które inwestują większość aktywów na rynkach zagranicznych;
- 3) bezpośrednia ekspozycja portfela na ryzyko walutowe nie może przekraczać 40% wartości aktywów lokowanych w ramach strategii agresywnej.

Art. 6

Główne ryzyka związane z inwestowaniem w Fundusz:

- 1) ryzyko stopy procentowej,
- 2) ryzyko płynności,
- 3) ryzyko kredytowe,
- 4) ryzyko walutowe,
- 5) ryzyko rynkowe,
- 6) ryzyko związane z inwestowaniem w instrumenty pochodne,
- 7) ryzyko utraty części lub całości zainwestowanych środków.

Art. 7

1. Decyzję o składzie portfela podejmuje się na podstawie osiąganych przez komponenty portfela wyników i ich zmienności, strategii inwestycyjnej funduszy inwestycyjnych i sposobu jej realizacji, sposobu prezentacji wyników przez fundusze inwestycyjne oraz na podstawie przewidywań Zarządzającego co do sytuacji w poszczególnych segmentach rynku kapitałowego i perspektyw danych funduszy inwestycyjnych.

2. Dopuszczalne jest przejściowe inwestowanie w depozyty bankowe w bankach o dobrej sytuacji finansowej oraz instrumenty rynku pieniężnego.

3. Dopuszczalne jest przejściowe inwestowanie w instrumenty pochodne zgodnie z zapisami Art. 4.

Art. 8

Środki wchodzące w skład aktywów Funduszu nie mogą być inwestowane w papiery wartościowe emitowane przez akcjonariuszy Towarzystwa.

Art. 9

W przypadku przekroczenia limitów inwestycyjnych określonych w Art. 5 Towarzystwo zobowiązane jest do niezwłocznego doprowadzenia do stanu zgodnego z określonymi Regulaminem limitami inwestycyjnymi.



Art. 10

Aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wycenia się zgodnie z zasadami wynikającymi z ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. oraz odpowiednich aktów wykonawczych wydanych na podstawie tej ustawy.

Art. 11

1. Środki pieniężne oraz instrumenty finansowe stanowiące aktywa Funduszu są zapisywane na rachunku Towarzystwa, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, w sposób zapewniający wydzielenie aktywów Funduszu.

2. Banki i podmioty prowadzące działalność maklerską w rozumieniu przepisów o instrumentach finansowych, prowadzące rachunki służące przechowywaniu i lokowaniu aktywów Funduszu, powinny spełniać następujące warunki:

- 1) zapewnić bezpieczeństwo przechowywanych aktywów Funduszu;
- 2) sprawnie dokonywać operacji przelewów i rozliczeń pieniężnych;
- 3) sprawnie zawierać transakcje na rynku pieniężnym i kapitałowym.

Art. 12

1. Aktywa netto Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego są równe sumie wartości wszystkich składników majątkowych tworzących Fundusz pomniejszonej o wartość zobowiązań Funduszu.

2. Dochody z lokat Funduszu, w tym odsetki, powiększają wartość aktywów Funduszu.

3. Wartość aktywów Funduszu powiększa również świadczenie wypłacane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych lub spółki zarządzające instytucjami wspólnego inwestowania z tytułu lokowania przez Fundusz w zarządzanych przez nie funduszach inwestycyjnych lub instytucjach wspólnego inwestowania aktywów Funduszu o znacznej wartości.

4. Zobowiązania Funduszu, o których mowa w ust. 1 powyżej, tworzą w szczególności: opłata za zarządzanie Funduszem oraz nielimitowane opłaty takie jak prowizje maklerskie, opłaty za przechowywanie aktywów, opłaty za przelewy gotówkowe oraz opłaty obciążające aktywa Funduszu, które wynikają z przepisów prawa podatkowego i innych przepisów prawa.

5. Opłata za zarządzanie Funduszem wyliczana jest w oparciu o wartości aktywów Funduszu brutto i wynosi 2,55% w skali roku. Opłatę za zarządzanie nalicza się w każdym dniu roboczym i za każdy dzień roku liczonego jako 365 dni.

6. Aktywa Funduszu brutto i aktywa Funduszu netto wyznaczane są z dokładnością do jednego grosza.

7. W celu określenia Ceny zakupu i Ceny umorzenia Jednostki, Towarzystwo ma obowiązek dokonania wyceny wartości aktywów Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego i ustalenia ceny rzeczywistej Jednostki każdego dnia roboczego.

8. Cena rzeczywista Jednostki wyrażana w złotych polskich jest równa wartości aktywów netto Funduszu, podzielonych przez liczbę Jednostek ogółem, na które został on podzielony, w zaokrągleniu do pięciu miejsc po przecinku.

9. Cenę umorzenia ustala się po zaokrągleniu ceny rzeczywistej wynikającej z wyceny do jednego grosza.

10. Cenę zakupu ustala się z dokładnością do jednego grosza.

11. Jednostki, nabywane za kwoty przekazane tytułem Składki jednorazowej lub Składki dodatkowej, kupowane są po cenie nabycia obowiązującej w dniu wyceny, następującym trzeciego dnia roboczego po wpłynięciu wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa.

Art. 13

W części nieuregulowanej w niniejszym regulaminie do zasad funkcjonowania ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego stosuje się ustawę o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 roku oraz odpowiednie akty wykonawcze wydane na podstawie tej ustawy.

Art. 14

Niniejszy Regulamin w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 05/01/2021 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 4 stycznia 2021 r. wchodzi w życie z dniem 4 stycznia 2021 r.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



OBOWIĄZEK INFORMACYJNY ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Administrator danych osobowych: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie (adres: Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa), (dalej jako „Administrator”).

Dane kontaktowe Administratora: Z Administratorem można skontaktować się poprzez adres e-mail centrala@compensa.pl, telefonicznie pod numerem 22 501 61 00 lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Inspektor ochrony danych: Z inspektorem ochrony danych (dalej jako „IOD”) można się skontaktować we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem danych poprzez e-mail iod@vig-polska.pl lub pisemnie na adres Administratora (tj. Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa).

Cele przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna: Pani/Pana dane mogą być przetwarzane w celu i na podstawie:

CEL PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH	PODSTAWA PRAWNA PRZETWARZANIA
ocena ryzyka ubezpieczeniowego i wykonania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy; art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
ocena ryzyka ubezpieczeniowego w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	art. 41 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej
własne cele marketingowe Administratora, w tym cele analityczne i poprzez profilowanie, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora. Prawnym uzasadnionym interesem administratora jest marketing własnych produktów i usług Administratora oraz przetwarzanie danych w celach analitycznych
własne cele marketingowe Administratora, w tym poprzez profilowanie, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia	zgoda na przetwarzanie danych
własne cele marketingowe w oparciu o zautomatyzowane podejmowanie decyzji, w tym profilowanie	zgoda na przetwarzanie danych
obsługa zgłoszonego roszczenia, w tym wypłata świadczenia oraz obsługa wykupu	niezbędność przetwarzania do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze; niezbędność przetwarzania do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń (w przypadku szczególnych kategorii danych osobowych)
wypełnienie przez Administratora obowiązków związanych z przeciwdziałaniem praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu
wypełnianie przez Administratora obowiązków związanych z raportowaniem FATCA/CRS	niezbędność do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na Administratorze wynikającego z przepisów o wypełnianiu obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA/CRS, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami
wypełnienie obowiązków ciążących na Administratorze w związku z sankcjami wprowadzanymi stosownymi regulacjami Organizacji Narodów Zjednoczonych, Unii Europejskiej lub Stanów Zjednoczonych Ameryki	uzasadniony interes strony trzeciej, to jest podmiotu dominującego w grupie kapitałowej Vienna Insurance Group (do której należy Administrator), jako podmiotu bezpośrednio zobowiązanego do stosowania sankcji Stanów Zjednoczonych Ameryki oraz zapewnienia ich przestrzegania przez podmioty powiązane
dochodzenie roszczeń związanych z umową ubezpieczenia	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości dochodzenia przez niego roszczeń
podejmowanie czynności w związku z przeciwdziałaniem przestępstwom ubezpieczeniowym	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci możliwości przeciwdziałania i ścigania przestępstw popełnianych na szkodę zakładu ubezpieczeń
reasekuracja ryzyk	niezbędność przetwarzania do realizacji prawnie uzasadnionego interesu Administratora w postaci ograniczenia negatywnego wpływu ryzyka ubezpieczeniowego, związanego z zawieraną umową ubezpieczenia
przekazywanie danych osobowych przez Administratora do Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. Vienna Insurance Group w celu marketingu produktów i usług	zgoda na przetwarzanie danych



Okres przechowywania danych: Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń z tytułu umowy ubezpieczenia na życie lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych dotyczących umowy ubezpieczenia, obowiązku przechowywania wynikającego z przepisów o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu, przepisów o wypełnianiu międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, oraz przepisów o automatycznej wymianie informacji podatkowych z innymi państwami. Administrator, w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym celów analitycznych i poprzez profilowanie, jeżeli zgłosi Pani/Pan sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych w tych celach.

Administrator, po zakończeniu obowiązywania umowy ubezpieczenia, przestanie przetwarzać dane wykorzystywane do własnych celów marketingowych, w tym poprzez profilowanie, jeżeli cofnie Pani/Pan wyrażoną zgodę na przetwarzanie danych w tych celach.

Odbiorcy danych: Pani/Pana dane osobowe mogą być udostępnione zakładom reasekuracji oraz podmiotom uprawnionym do ich otrzymania na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie Administratora, m.in. agentom ubezpieczeniowym, dostawcom usług IT, podmiotom przechowującym i usuwającym dane, podmiotom świadczącym usługi personalizacji, kopertowania oraz dystrybucji druku, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, agencjom marketingowym – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z Administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami Administratora.

Pani/Pana dane osobowe mogą być przekazywane do odbiorców znajdujących się w USA.

Prawa osoby, której dane dotyczą: Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do Pani/Pana danych oraz prawo żądania ich sprostowania, ich usunięcia lub ograniczenia ich przetwarzania.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest przesłanka prawnie uzasadnionego interesu Administratora, przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych.

W zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda, ma Pani/Pan prawo do jej wycofania. Wycofanie zgody nie ma wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

W zakresie, w jakim Pani/Pana dane są przetwarzane na podstawie zgody lub na podstawie umowy, przysługuje Pani/Panu prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora Pani/Pana danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane

innemu administratorowi danych.

W związku ze zautomatyzowanym podejmowaniem decyzji, o którym mowa poniżej, ma Pani/Pan prawo do uzyskania wyjaśnień, zakwestionowania tej decyzji, a także do wyrażenia własnego stanowiska lub do uzyskania interwencji ludzkiej.

W celu skorzystania z powyższych praw należy skontaktować się z Administratorem lub z Inspektorem Ochrony Danych. Dane kontaktowe Administratora oraz Inspektora Ochrony Danych wskazano powyżej.

Przysługuje Pani/Panu również prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych.

Informacja o zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu:

W związku z przetwarzaniem Pani/Pana danych osobowych, podejmowane będą decyzje oparte na wyłącznie zautomatyzowanym przetwarzaniu w zakresie niezbędnym do zawarcia lub wykonania umowy ubezpieczenia.

Decyzje te będą dotyczyły określenia parametrów umowy ubezpieczenia, w tym m.in. wysokości składki ubezpieczeniowej lub możliwości zawarcia umowy ubezpieczenia. Decyzje będą podejmowane na podstawie Pani/Pana danych dotyczących daty urodzenia, informacji o przedmiocie ubezpieczenia, w tym informacji o stanie zdrowia, informacji o charakterze wykonywanej pracy. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych w celu automatycznej oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

W przypadku wyrażenia zgody na zautomatyzowane podejmowanie decyzji we własnych celach marketingowych Administratora, decyzje te będą dotyczyły kierowania do Pani/Pana określonych komunikatów marketingowych oraz przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług Administratora dostosowanych do Pani/Pana potrzeb. Decyzje będą podejmowane na podstawie następujących danych: daty urodzenia, wykonywanego zawodu, miejsca zamieszkania, posiadanych produktów, historii ubezpieczenia. Decyzje będą oparte o profilowanie, tj. zautomatyzowane wykorzystanie danych osobowych w celu określenia zachowań, preferencji lub potrzeb w zakresie produktów lub usług oraz w celu przedstawienia Pani/Panu oferty produktów lub usług.

Informacja o wymogu podania danych:

Podanie danych osobowych w związku z zawieraniem umowy ubezpieczenia jest niezbędne do dokonania oceny ryzyka ubezpieczeniowego oraz do zawarcia i wykonywania umowy ubezpieczenia – bez podania żądanych przez Administratora danych osobowych nie jest możliwe zawarcie umowy ubezpieczenia. Podany adres e-mail lub numer telefonu będzie wykorzystywany do wysłania dokumentów i informacji związanych z obsługą umowy ubezpieczenia np. przesyłania informacji o płatnościach lub informacji o ważnych terminach wynikających z umowy ubezpieczenia. Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.