

SPIS TREŚCI

Obowiązek informacyjny Administratora danych osobowych	3
Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym	5
Informacje dotyczące Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie PRYWATNA EMERYTURA o symbolu BRP-1417	7
Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie PRYWATNA EMERYTURA o symbolu BRP-1417	9
§ 1. Postanowienia ogólne	9
§ 2. Definicje	9
§ 3. Przedmiot ubezpieczenia	11
§ 4. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa	11
§ 5. Początek i koniec odpowiedzialności Towarzystwa	11
§ 6. Ochrona tymczasowa	11
§ 7. Zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	12
§ 8. Zasady wskazania Uposażonego do Renty i Uposażonych	13
§ 9. Wysokość Renty, Składki regularnej i Wartość wykupu	14
§ 10. Zasady opłacania Składek regularnych	14
§ 11. Zasady opłacania Składek dodatkowych i zmiany Składek dodatkowych na Rentę	14
§ 12. Skutki niezapłacenia Składki regularnej	15
§ 13. Zmiany zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, wysokości Renty i Składki regularnej	15
§ 14. Indeksacja Składki regularnej i miesięcznej Renty	16
§ 15. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie	16
§ 16. Wykup ubezpieczenia i zasady ustalania jego kwoty	17
§ 17. Zasady zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności	17
§ 18. Zasady zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną	18
§ 19. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	20
§ 20. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia	20
§ 21. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	20
§ 22. Wznowienie Umowy ubezpieczenia	20
§ 23. Wypłata Renty	22
§ 24. Wypłata Świadczeń	23
§ 25. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie skarg i zażaleń przez Ubezpieczającego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia niebędących osobą fizyczną	24



§ 26. Dochodzenie roszczeń wynikających z Umowy ubezpieczenia, składanie reklamacji przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub osobę uprawnioną do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej)	25
§ 27. Dokonywanie zmian, zawiadomień i składanie oświadczeń	25
§ 28. Informacja o wypłacalności i kondycji finansowej	26
§ 29. Akty prawne stosowane w sprawach nieuregulowanych w OWU	26
§ 30. Data wejścia w życie OWU	27
Regulamin udziału w zysku, wysokości Renty i Wartości wykupu o symbolu BRP-1417	28
§ 1. Zastosowanie Regulaminu	28
§ 2. Definicje pojęć	28
§ 3. Zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku w Okresie ubezpieczenia	28
§ 4. Zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku w Okresie wypłaty Renty	28
§ 5. Minimalna Wartość wykupu ubezpieczenia oraz minimalna zredukowana wysokość Renty wymagane przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności	29
§ 6. Wartość Stopy technicznej	29
§ 7. Wejście Regulaminu w życie	29
Aneks nr 1 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie PRYWATNA EMERYTURA o symbolu BRP-1417	30
Aneks nr 2 do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie PRYWATNA EMERYTURA o symbolu BRP-1417	32
Wykaz indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych dostępnych w ubezpieczeniu PRYWATNA EMERYTURA o symbolu BRP-1417	33



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 zawieraniem 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.

Indywidualne ubezpieczenie rentowe na życie Prywatna Emerytura

Dokument zawierający informacje o produkcie ubezpieczeniowym

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

Produkt: **Prywatna Emerytura OWU BRP-1417**

Pełne informacje podawane przed zawarciem umowy i informacje umowne podane są ogólnych warunkach indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Prywatna Emerytura zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/07/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lipca 2017 r. (zwane dalej OWU) oraz Polisie potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia i jej warunki.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Dobrowolne ubezpieczenie na życie, według załącznika do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – dział I, 4 grupa ustawowa.

Umowę ubezpieczenia zawiera się na czas określony. Ubezpieczenie dostępne jest w dwóch wariantach: z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty oraz bez Okresu gwarantowanej wypłaty Renty.

Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

Przedmiot ubezpieczenia:

W okresie ochrony tymczasowej – życie ubezpieczonego w okresie ochrony tymczasowej,

W okresie pełnej odpowiedzialności - życie w Okresie ubezpieczenia oraz dożycie Ubezpieczonego do dnia następnego po dniu Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej:

Zakres ochrony ubezpieczeniowej w okresie ochrony tymczasowej:

- śmierć w następstwie Nieszczęśliwego wypadku.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa w okresie ochrony tymczasowej wskazane są § 6 OWU.

Zakres ochrony ubezpieczeniowej umowy podstawowej w okresie pełnej odpowiedzialności Towarzystwa:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,
- dożycie Ubezpieczonego do dnia następnego po dniu Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, co skutkuje nabyciem przez Ubezpieczonego prawa do Renty i rozpoczęciem wypłaty Ubezpieczonemu Renty na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.

Pełny zakres oraz zasady odpowiedzialności Towarzystwa wskazane są § 3 OWU.

W jakich sytuacjach Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia lub wypłaci Świadczenie w ograniczonej wysokości?

- Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia podstawowego za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 7 ust. 2 OWU i § 7 ust. 4-5 OWU nie zostały podane do jego wiadomości (zgodnie z zapisami § 7 OWU) – w takiej sytuacji odpowiedzialność ograniczona jest do wypłaty Wartości wykupu, obliczonej na zasadach określonych w § 16 OWU.

Szczegółowe informacje dotyczące wyłączeń i ograniczeń odpowiedzialności Towarzystwa dotyczące ochrony tymczasowej wskazane są w § 6 OWU.

Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

- Na terenie całego świata.

Jakie są kluczowe prawa i obowiązki Ubezpieczającego/ Ubezpieczonego?

Ubezpieczający zobowiązany jest:

- udzielić odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- terminowo opłacać należną Składkę regularną,
- niezwłocznie przekazywać Ubezpieczonemu wszelkie informacje o przebiegu Umowy ubezpieczenia przedstawiane przez Towarzystwo,

- składać zawiadomienia i oświadczenia na piśmie i wysłać je listownie lub za pośrednictwem portalu dla klientów „mojaCompensa” dostępnym pod adresem internetowym mojacompensa.pl,

- informować Towarzystwo o zmianie siedziby i adresu korespondencyjnego oraz danych kontaktowych (nr telefonu, adres email).

Ubezpieczający ma prawo:

- odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- odstąpić od Umowy ubezpieczenia,
- wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia,
- zmienić zakres odpowiedzialności Towarzystwa:

a) dodać do zakresu ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczenia dodatkowe na wypadek:

- śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-8615),
- śmierci w następstwie Wypadku komunikacyjnego (OWDU BRP-8715),
- Pobytu w Szpitalu w następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (OWDU BRP-8815),
- Trwałej utraty zdrowia w następstwie Nieszczęśliwego wypadku (OWDU BRP-1016),
- Całkowitej niezdolności Ubezpieczonego do pracy z przejściem opłacania składek (OWDU BRP-9015).

Szczegółowe warunki ubezpieczeń dodatkowych, w tym przedmiot ubezpieczenia, wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa, zasady wypłaty Świadczeń, zawarte zostały w odpowiednich OWDU.

b) usunąć z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych ubezpieczeń dodatkowych.

- zawniioskować o podwyższenie wysokości Składki regularnej w każdą Rocznicę ubezpieczenia,
- zawniioskować o obniżenie wysokości Składki podstawowej, począwszy od 2 Rocznicy ubezpieczenia,
- zawniioskować o zmianę Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na zasadach i warunkach określonych w § 17 OWU,
- odmówić dokonania zmiany wysokości Składki regularnej,
- odmówić przyjęcia corocznej indeksacji Składki regularnej i miesięcznej Renty,
- zawniioskować o wznowienie Umowy ubezpieczenia, która została rozwiązana w sytuacji, o której mowa w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU. Zasady wznowienia Umowy ubezpieczenia określone są w § 22 OWU,
- złożyć Reklamację,
- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia.

Ubezpieczony ma prawo:

- w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia wskazać jednego Uposażonego do Renty oraz jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, a także odwołać lub zmienić wskazanie Uposażonego do Renty oraz Uposażonych,
- złożyć Reklamację,

- wytoczyć powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia.

Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka regularna płatna jest:

- z góry: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie (zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością),
- w terminie:
 - a) przed Dniem początku odpowiedzialności – w przypadku pierwszej należnej Składki regularnej,
 - b) najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który jest należna dana Składka regularna – w przypadku drugiej i kolejnych Składek regularnych.

Składki dodatkowe mogą być wpłacane jednokrotnie lub wielokrotnie w Okresie ubezpieczenia w wysokości nie mniejszej niż 1 000 PLN.

Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po Dniu zapłaty pierwszej Składki regularnej.

Ochrona ubezpieczeniowa wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

- w dniu śmierci Ubezpieczonego,
- w ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę regularną w pełnej wysokości należnej za dany okres, w sytuacji określonej w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU,
- w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

Jak zawnioskować o wypłatę Świadczenia?

Osoba uprawniona do otrzymania Świadczenia powinna złożyć pisemne zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową. W zależności od zdarzenia stanowiącego podstawę zgłoszenia roszczenia, do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa potrzebne są dokumenty wskazane:

- w § 24 ust. 4 OWU z tytułu śmierci Ubezpieczonego,
- w § 23 ust. 3 OWU z tytułu wypłaty Renty.

Pełne informacje dotyczące określenia osób uprawnionych do otrzymania Świadczeń, zasad ustalania i wypłaty świadczenia wskazane są w § 8, § 23 oraz § 24 OWU.

Jak rozwiązać umowę?

Ubezpieczający ma prawo:

- odstąpić od umowy w terminach wskazanych w OWU,
- wypowiedzieć na piśmie umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia (wypowiedzenie

jest skuteczne na koniec miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu w którym złożone zostało wypowiedzenie umowy).

ÓŚWIADCZENIE NA PODSTAWIE ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2019/2088 Z DNIA 27 LISTOPADA 2019 r. W SPRAWIE UJAWNIANIA INFORMACJI ZWIĄZANYCH ZE ZRÓWNOWAŻONYM ROZWOJEM W SEKTORZE USŁUG FINANSOWYCH (w związku z Artykułem 6. Przejrzystość w zakresie wprowadzania do działalności ryzyk dla zrównoważonego rozwoju)

Towarzystwo posiada aktywa stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych. Wobec tych aktywów Towarzystwo, jako część Grupy VIG, przyjęło i stosuje Politykę zarządzania aktywami, która nakłada na poszczególne spółki Grupy VIG obowiązek przyjęcia Strategii Inwestycji i Ryzyka. Jej częścią jest Strategia ESG, która określa kryteria dotyczące limitów bezpośrednich inwestycji w papiery wartościowe, między innymi w zakresie dwóch sektorów uznanych za wrażliwe: sektor zbrojeniowy oraz sektor węgla energetycznego, które stanowią ograniczenie ryzyka zrównoważonego rozwoju:

- Wykluczenie zakazanej broni – Towarzystwo nie dokonuje inwestycji w zakresie zakazanych broni w rozumieniu sprzętu obronnego określonych w Konwencjach: O zakazie lub ograniczeniu użycia pewnych broni konwencjonalnych, które mogą być uważane za powodujące nadmierne cierpienia lub mające niekontrolowane skutki, O zakazie broni chemicznej i O zakazie broni biologicznej i technicznej, wliczając w to broń biologiczną i chemiczną, amunicję kasetową (w tym wszystkie rodzaje możliwych systemów startowych), miny przeciwpiechotne, systemy stawiające miny i inne systemy minowe oraz amunicję uranową. Zakres w/w wykluczeń inwestycyjnych Grupy VIG nie ogranicza się jedynie do definicji zawartych w ww. Konwencjach, co pozwala dodawać do listy ograniczeń, broń będącą dopiero w fazie wdrażania lub testów jak np. broń laserową.
- Wykluczenie węgla energetycznego – Towarzystwo jest świadome konsekwencji klimatycznych wynikających z energetyki węglowej. Dlatego też decyzje inwestycyjne oceniane są pod kątem zaangażowania w następujące obszary: wydobywanie i handel węglem energetycznym, produkcję energii elektrycznej z węgla energetycznego oraz produkcję paliw z węgla. Powyższe wykluczenia sektorowe są integralną częścią Strategii zmian klimatycznych Grupy VIG.

Produkt nie zawiera elementów promujących aspekty środowiskowe i społeczne, a także nie stanowi zrównoważonej inwestycji w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/2088 z dnia 27 listopada 2019 r. w sprawie ujawniania informacji związanych ze zrównoważonym rozwojem w sektorze usług finansowych.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA RENTOWEGO NA ŻYCIE
PRYWATNA EMERYTURA
BRP-1417**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 4, § 6 ust. 1 i 4, § 16, § 19, § 21, § 23, § 24
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 6 ust. 5, § 7 ust. 6 i 8
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 11 ust. 5 pkt 2) i ust. 8 pkt 2), § 13 ust. 2 pkt 1) lit. b) i ust. 3 pkt 4), § 14, § 16 ust. 3, § 17 ust. 5 pkt 3), § 18 ust. 5 pkt 2), § 22 ust. 5 pkt 2)



OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA RENTOWEGO NA ŻYCIE PRYWATNA EMERYTURA BRP-1417

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Prywatna Emerytura o symbolu BRP-1417 (zwane dalej OWU), stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Compensa Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z siedzibą w Warszawie, 02-342, Al. Jerozolimskie 162, zwanym dalej Towarzystwem, a Ubezpieczającymi.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa na podstawie OWU może obejmować jeden z dwóch Wariantów:

1) Wariant ubezpieczenia z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty, albo

2) Wariant ubezpieczenia bez Okresu gwarantowanej wypłaty Renty.

3. Wariant ubezpieczenia, według którego Towarzystwo ponosi odpowiedzialność, wskazywany jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzany w Polisie.

4. Postanowienia OWU nie zastrzeżone wprost dla jednego z Wariantów ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 powyżej, mają zastosowanie w obu Wariantach ubezpieczenia.

§ 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 nie mniej niż 6 miesięcy oraz nie więcej niż 56 lat, której życie jest przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego; życie lub zdrowie Ubezpieczonego może być ponadto przedmiotem Ubezpieczeń dodatkowych na podstawie odpowiednich ogólnych warunków indywidualnych ubezpieczeń dodatkowych (zwanym dalej OWDU).

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

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

4. Uposażony do Renty – w Wariantcie ubezpieczenia z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania Renty w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty w przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty.

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

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. Czynniki zewnętrzny – czynnik oddziałujący na organizm Ubezpieczonego, który z medycznego punktu widzenia nie może być zakwalifikowany jako choroba (stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji narządów lub układów Ubezpieczonego na bodźce

środowiska wewnętrznego lub zewnętrznego) lub czynnik chorobotwórczy (bakteria, wirus lub pasożyt wywołujący chorobę Ubezpieczonego).

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

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

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

11. Okres gwarantowanej wypłaty Renty – w Wariantcie ubezpieczenia z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty, potwierdzony w Polisie okres, w którym Towarzystwo wypłaca Rentę odpowiednio Ubezpieczonemu lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego w tym okresie – Uposażonemu do Renty. Okres gwarantowanej wypłaty Renty rozpoczyna się w dniu Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, a kończy się w dacie odpowiadającej datą Rocznicy ubezpieczenia po upływie 15 Lat ubezpieczenia licząc od Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

12. Okres ubezpieczenia – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie OWU, liczony od dnia potwierdzonego w Polisie jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia poprzedzającego dzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

13. Okres ubezpieczenia dodatkowego – okres obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU, liczony od Dnia początku odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego lub od Rocznicy ubezpieczenia, na którą rozszerzono zakres odpowiedzialności Towarzystwa o zakres Ubezpieczenia dodatkowego do wcześniejszego z dni:

1) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,

2) dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczenia podstawowego,

3) ostatniego dnia Okresu ubezpieczenia.

W Okresie ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składek ochronnych dobrowolnych za wybrane przez siebie Ubezpieczenia dodatkowe.

14. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki, którego integralną część stanowi Tabela wartości wykupów ubezpieczenia potwierdzająca Wartości wykupu ubezpieczenia w każdej kolejnej Rocznicy ubezpieczenia; 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.



15. Pozostawanie pod wpływem alkoholu – stan, w którym stężenie alkoholu we krwi danej osoby wynosi co najmniej 0,2‰ lub zawartość alkoholu w wydychanym powietrzu wynosi co najmniej 0,1 mg w 1 dm³. W rozumieniu OWU i odpowiednich OWDU uważa się, że Ubezpieczony Pozostawał pod wpływem alkoholu również w przypadku odmowy wykonania badań mających na celu ustalenie spożycia alkoholu przez tę osobę, a także wówczas, gdy nie wykonano badań z innych powodów, a w dokumentacji powypadkowej znajduje się adnotacja o spożyciu alkoholu przez tę osobę.

16. Regulamin udziału w zysku, wysokości Renty i Wartości wykupu (Regulamin) – dokument o symbolu BRP-1417 zatwierdzony przez Zarząd Towarzystwa, regulujący zasady naliczania udziału w zysku i określający minimalne wysokości Renty oraz minimalną Wartość wykupu przy zmianie Umowy ubezpieczenia na Umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

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

18. Renta – kwota wypłacana miesięcznie, na warunkach wskazanych w Umowie ubezpieczenia, w wysokości potwierdzonej w Polisie.

19. Rocznicą ubezpieczenia – rocznicą Dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa potwierdzonego w Polisie.

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

21. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 27 ust. 15 OWU i ilekroć w OWU mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

22. Składka dodatkowa – dodatkowa kwota pieniężna wpłacona przez Ubezpieczającego na rachunek bankowy Towarzystwa, niezależnie od Składki regularnej.

23. Składka regularna – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne, kwartalne, półroczne lub roczne, według potwierdzeń w Polisie, opłacana przez Ubezpieczającego w Okresie ubezpieczenia, obejmująca:

1) Składkę podstawową – kwotę należną z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, oraz

2) Składkę ochronną dobrowolną – kwotę należną z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, która służy pokryciu kosztów ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez Towarzystwo z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Umowa ubezpieczenia obejmuje oprócz Ubezpieczenia podstawowego również Ubezpieczenia dodatkowe.

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

25. Tabela wartości wykupów (Tabela) – dokument dostarczony Ubezpieczającemu przez Towarzystwo przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, zaakceptowany przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego własnoręcznym podpisem i załączony do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a następnie potwierdzony przez Towarzystwo

w Polisie, w którym przy zaproponowanych przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia parametrach: wysokości Składki regularnej (w tym wysokość: Składki podstawowej), długości Okresu ubezpieczenia, wysokości Renty, Wariancie ubezpieczenia – podana jest Wartość wykupu na każdą z kolejnych Rocznic ubezpieczenia. W przypadku dokonywania przez Ubezpieczającego zmian w Umowie ubezpieczenia, o których mowa w § 13 OWU albo korzystania przez Ubezpieczającego z prawa do zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę bezskładkową z ograniczonym zakresem odpowiedzialności – Wartości wykupu zamieszczone w Tabeli ulegają zmianie. Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu informację o zmianach Wartości wykupu wraz z kolejną wersją Polisy.

26. Ubezpieczenie dodatkowe – dodatkowe ubezpieczenie indywidualne, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie odpowiednich OWDU jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego.

27. Ubezpieczenie podstawowe – indywidualne ubezpieczenie rentowe na życie, w którym przedmiotem ochrony ubezpieczeniowej świadczonej przez Towarzystwo na podstawie OWU jest życie Ubezpieczonego.

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

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

30. Wariant ubezpieczenia (Wariant) – Ubezpieczający w porozumieniu z Ubezpieczonym określa we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia schemat, według którego po dożyciu przez Ubezpieczonego do dnia następnego po upływie Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu dożywotnią Rentę, przy czym dostępne są dwa następujące Warianty:

1) bez Okresu gwarantowanej wypłaty Renty – w którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Renty do końca życia Ubezpieczonego, zaś zdarzeniem zwalniającym Towarzystwo z obowiązku wypłaty Renty jest śmierć Ubezpieczonego. Po śmierci Ubezpieczonego Renta przestaje być należna, a Towarzystwo wolne jest od obowiązku jego spełnienia,

2) z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty – w którym Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty Renty do końca życia Ubezpieczonego, a w przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty Towarzystwo zobowiązane jest wypłacać Rentę do końca Okresu gwarantowanej wypłaty Renty, na rzecz Uposażonego do Renty.

31. Wartość wykupu – kwota pieniężna obliczona na zasadach wskazanych w § 16 OWU wypłacana przez Towarzystwo w przypadkach określonych w niniejszym OWU.

32. Wiek Ubezpieczonego – różnica pomiędzy danym rokiem kalendarzowym a rokiem urodzenia Ubezpieczonego. W przypadku obliczania Wiek Ubezpieczonego na dzień wypełnienia i podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, jeżeli Ubezpieczonym jest dziecko mające nie więcej niż 1 rok, przez Wiek Ubezpieczonego należy rozumieć liczbę pełnych miesięcy, które upłynęły od dnia urodzin.

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



§ 3. PRZEDMIOT UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem Ubezpieczenia podstawowego jest:

1) życie Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, oraz
2) dożycie Ubezpieczonego do dnia następnego po dniu Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, co skutkuje nabyciem przez Ubezpieczonego prawa do Renty i rozpoczęciem wypłaty Ubezpieczonemu Renty na warunkach określonych w Umowie ubezpieczenia.

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

§ 4. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Po dożyciu przez Ubezpieczonego do dnia następnego po Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, Towarzystwo rozpocznie wypłatę Ubezpieczonemu Renty, która odbywać się będzie zgodnie z postanowieniami OWU, w wysokości potwierdzonej w ostatniej wersji Polisy oraz według Wariantu jaki został wybrany przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i potwierdzony w Polisie.

W przypadku, gdy Umowa ubezpieczenia została zawarta w Wariancie:

1) bez Okresu gwarantowanej wypłaty Renty – Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu Rentę dożywotnio; począwszy od dnia wskazanego w § 23 ust. 5 pkt 1) OWU, o ile Ubezpieczony nie złożył wniosku o wykup ubezpieczenia w terminie określonym w § 16 ust. 1 OWU,

2) z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty – Towarzystwo będzie wypłacało Ubezpieczonemu Rentę dożywotnio, a w przypadku jego śmierci w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty, wypłata miesięcznej Renty będzie odbywać się na rzecz Uposażonego do Renty, do końca Okresu gwarantowanej wypłaty Renty; począwszy od dnia wskazanego w § 23 ust. 5 pkt 1) OWU, o ile Ubezpieczony nie złożył wniosku o wykup ubezpieczenia w terminie określonym w § 16 ust. 1 OWU.

2. Wysokość miesięcznej Renty będzie powiększana o:

1) dodatkowe kwoty zakupione z wpłaconych Składek dodatkowych, które zamieniane są na dodatkowe kwoty Renty, na zasadach określonych w § 11 OWU,

2) dodatkowe kwoty zakupione za przyznane udziały w zysku, na zasadach określonych w § 15 OWU i § 3 – 4 Regulaminu.

3. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Renta nie jest należna, a Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 8 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 8 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 24 OWU Świadczenie, którego wysokość zostanie obliczona jako suma następujących wartości:

1) suma wpłaconych Składek podstawowych, oraz

2) suma wpłaconych Składek dodatkowych, o ile Składki dodatkowe były opłacane, oraz

3) udziały w zysku, które zgodnie z postanowieniami § 15 OWU i Regulaminu, zostały przyznane do Rocznicy ubezpieczenia bezpośrednio poprzedzającej datę śmierci Ubezpieczonego.

4. Jeżeli Towarzystwo otrzyma wniosek o wykup Umowy ubezpieczenia przed otrzymaniem wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, wówczas Towarzystwo dokona

wykupu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że jeżeli Towarzystwo otrzyma wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego przed dniem realizacji wypłaty Wartości wykupu, wówczas Towarzystwo rozpatrzy wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego.

§ 5. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

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

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

2) w przypadku doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie wysokości Składki regularnej – po upływie terminu na zgłoszenie sprzeciwu wobec wprowadzonych zmian, wyznaczonego przez Towarzystwo w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 14 OWU, w wysokości określonej w doręczonej Polisie.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż we wcześniejszym z dni:

1) w dniu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

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

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

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

1) w dniu śmierci Ubezpieczonego,

2) w dniu rozwiązania lub wygaśnięcia Ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z postanowieniami odpowiednich OWDU,

3) w przeddzień Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

§ 6. OCHRONA TYMCZASOWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej polega na obowiązku wypłaty Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego albo osobom wskazanym w § 8 ust. 8 OWU, zgodnie z zasadami w tym § 8 ust. 8 OWU określonymi, oraz na zasadach określonych w § 24 OWU, jednorazowego Świadczenia w wysokości 10-krotności Renty określonej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 PLN (słownie: sto tysięcy złotych), w przypadku śmierci Ubezpieczonego w okresie trwania ochrony tymczasowej w następstwie Nieszczęśliwego wypadku. Warunkiem wypłaty Świadczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, jest zajście Nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a Nieszczęśliwym wypadkiem.

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

1) do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany



wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU,

- 2) została zapłacona pierwsza Składka regularna,
 - 3) nie rozpoczęła się jeszcze Okres ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej kończy się we wcześniejszym z dni:
- 1) w dniu poprzedzającym Dzień początku odpowiedzialności,
 - 2) w dniu podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 3) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia Ubezpieczającego o wycofaniu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w § 7 ust. 14 OWU,
 - 5) w dniu śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności,
 - 6) w 90-tym dniu, licząc od Dnia zapłaty pierwszej Składki regularnej.
4. W przypadku spełnienia Świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, Towarzystwo niezależnie od wypłaty Świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę regularną i Składkę dodatkową, o ile została zapłacona.
5. Towarzystwo odmówi spełnienia Świadczenia z tytułu ochrony tymczasowej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego nastąpił przed dniem, w którym łącznie zostały spełnione warunki, o których mowa w ust. 2 powyżej, lub nastąpił w następstwie lub spowodowany został lub 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, nart wodnych, windsurfingu, surfing, kitesurfingu, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, raftingu, baloniarstwa, bungee jumping, paralotniarstwa, spadochroniarstwa, szybownictwa, motolotniarstwa, sportów lotniczych, downhillu, base jumping, speleologii, wspinaczki wysokogórskiej i skałkowej, zorbingu, sportów walki lub udziału Ubezpieczonego w wyścigach lub rajdach samochodowych, motorowych, motorowodnych, motokrosowych i regatach żeglarskich,
 - 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 (zwanym dalej łącznie środkami odurzającymi), chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności również w przypadku, gdy Ubezpieczony odmówił wykonania badań mających na celu ustalenie, czy w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku – był pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających, chyba że Pozostawianie pod wpływem alkoholu, leków lub środków odurzających nie miało wpływu na powstanie Zdarzenia ubezpieczeniowego – śmierci w następstwie Nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) wypadkiem lotniczym, z wyjątkiem lotu Ubezpieczonego

w charakterze pasażera lub pilota licencjonowanych pasażerskich linii lotniczych.

§ 7. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony.
2. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie poprawnie, kompletnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa. Podpisy umieszczone na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia stanowią wzorce podpisów. We wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wskazuje:
 - 1) Wariant ubezpieczenia, zgodnie z którym Towarzystwo będzie wypłacać Rentę. Wskazanie Wariantu ubezpieczenia, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym jest ostateczne i nie może zostać zmienione w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,
 - 2) wysokość Składki regularnej,
 - 3) wysokość miesięcznej Renty,
 - 4) zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, oraz
 - 5) Dzień początku odpowiedzialności, który powinien być zawsze pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego i nie może być wcześniejszy niż dzień doręczenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia do Siedziby Towarzystwa oraz nie może być wcześniejszy niż dzień zapłaty pierwszej Składki regularnej.
3. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający przed podpisaniem wniosku wskazanego w ust. 2 powyżej przez Ubezpieczonego zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu otrzymane od Towarzystwa OWU oraz OWDU, na podstawie których zawierana jest Umowa ubezpieczenia.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrócenia się do:
 - 1) Ubezpieczającego o podanie informacji dotyczących jego danych finansowych,
 - 2) Ubezpieczonego o podanie dodatkowych informacji o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz jego danych finansowych.
5. Ubezpieczający i Ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub przed zawarciem Umowy ubezpieczenia w innych pismach. Jeżeli Ubezpieczający zawiera Umowę ubezpieczenia przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i ponadto obejmuje okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
6. Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność z tytułu Ubezpieczenia podstawowego na zasadach określonych w ust 8 poniżej i nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych – za skutki okoliczności, które z naruszeniem ust. 2 i ust. 4 – 5 powyżej nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień ust. 2 i ust. 4 – 5 powyżej doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.
7. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu odpowiednio Ubezpieczenia podstawowego lub Ubezpieczenia dodatkowego podano wiadomości nieprawdziwe, a w szczególności zatajona została choroba Ubezpieczonego.



8. W sytuacjach, o których mowa w ust. 6 powyżej oraz w okresie poprzedzającym okres, o którym mowa w ust. 7 powyżej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczenia podstawowego ograniczona jest do wypłaty Wartości wykupu, obliczonej na zasadach określonych w § 16 OWU, a w przypadku Ubezpieczeń dodatkowych Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności.

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

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

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

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

13. Po łącznym spełnieniu następujących warunków:

1) akceptacji przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego, która odbywa się w oparciu o: analizę złożonego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, analizę informacji podanych zgodnie z ust. 4 – 5 powyżej, o ile Towarzystwo o nie występowało, oraz analizę wyników badań medycznych, o ile były zleczone,

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

Towarzystwo wystawia Polisę potwierdzającą zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz jej warunki.

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

15. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy, z zastrzeżeniem ust. 16 poniżej.

16. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Umowa ubezpieczenia dojdzie do skutku zgodnie z treścią Polisy w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.

17. W przypadku zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 14 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę regularną oraz Składkę dodatkową, o ile została zapłacona, w terminie 30 dni od dnia

otrzymania sprzeciwu.

18. Towarzystwo zobowiązane jest do podjęcia decyzji w sprawie akceptacji wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia nie później niż w ciągu 90 dni od dnia złożenia w Siedzibie Towarzystwa kompletnie i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

§ 8. ZASADY WSKAZANIA UPOSAŻONEGO DO RENTY I UPOSAŻONYCH

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

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 wyznaczane są przy zachowaniu wzajemnych proporcji wynikających ze wskazania Ubezpieczonego.

4. Ubezpieczony może wyrazić zgodę na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej.

5. Oświadczenie Ubezpieczonego o wskazaniu, odwołaniu lub zmianie wskazania Uposażonego, albo wyrażenie zgody na wykonywanie przez Ubezpieczającego uprawnień, o których mowa w ust. 1 – 3 powyżej, wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia pisemnego oświadczenia do Siedziby Towarzystwa.

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

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

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

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



§ 9. WYSOKOŚĆ RENTY, SKŁADKI REGULARNEJ I WARTOŚĆ WYKUPU

1. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia:
- 1) wskazuje wysokość Renty, a następnie na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i z uwzględnieniem:
 - a) długości trwania Okresu ubezpieczenia,
 - b) wybranego Wariantu ubezpieczenia,
 - c) Wiek Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
 - d) częstotliwości opłacania Składek regularnych,
 - e) wysokość Renty,wyznaczana jest wysokość Składki podstawowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, albo
 - 2) deklaruje wysokość Składki podstawowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego a następnie na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie w dniu złożenia wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i z uwzględnieniem:
 - a) długości trwania Okresu ubezpieczenia,
 - b) wybranego Wariantu ubezpieczenia,
 - c) Wiek Ubezpieczonego w Dniu początku odpowiedzialności Towarzystwa,
 - d) częstotliwości opłacania Składek regularnych,
 - e) zadeklarowanej wysokości Składki podstawowej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego, wyznaczana jest wysokość Renty.
 2. O ile Ubezpieczający wskazał na wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczenia dodatkowe, a Towarzystwo wyraziło zgodę na rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Ubezpieczenia dodatkowe, Składka ochronna dobrowolna z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych sumuje się ze Składką podstawową z tytułu Ubezpieczenia podstawowego i obie te składki stanowią Składkę regularną należną z tytułu Umowy ubezpieczenia.
 3. Wysokość Renty oraz wysokość i częstotliwość opłacania Składki regularnej Towarzystwo potwierdza w Polisie.
 4. Towarzystwo w każdym Roku ubezpieczenia informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, o wysokości Renty i Wartości wykupu ubezpieczenia.
 5. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 4 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 3 dni od dnia jej otrzymania od Towarzystwa.

§ 10. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego i prawidłowego płacenia Składki regularnej w Okresie ubezpieczenia, w wysokości potwierdzonej w Polisie, z góry, zgodnie z potwierdzoną w Polisie częstotliwością, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki regularnej.
2. Ubezpieczający może zaproponować zmianę częstotliwości płacenia Składki regularnej, w trybie o którym mowa w § 27 OWU, w każdą Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w Okresie ubezpieczenia, jeżeli opłacił wszystkie Składki regularne należne za okres poprzedzający Rocznicę ubezpieczenia, w której zaproponował wprowadzenie tejże zmiany.
3. Pierwsza Składka regularna w wysokości zadeklarowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo w przypadku

doręczenia Ubezpieczającemu Polisy zawierającej postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie Składki regularnej – w wysokości wskazanej w piśmie wskazującym przedmiotowe zmiany, musi zostać zapłacona przez Ubezpieczającego przed Dniem początku odpowiedzialności na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.

4. Towarzystwo wskazuje Ubezpieczającemu w dokumentach załączonych do Polisy numer rachunku bankowego, na który Ubezpieczający jest zobowiązany dokonywać wpłat kolejnych Składek regularnych. Ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty kolejnych Składek regularnych z góry, najpóźniej w pierwszym dniu okresu, za który należna jest dana Składka regularna.
5. Dniem zapłaty Składki regularnej jest dzień, w którym kwota Składki regularnej została uznana na rachunku bankowym Towarzystwa w pełnej wysokości należnej za dany okres.
6. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa w Okresie ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty Składki regularnej za czas, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
7. Składka regularna musi być opłacana wyłącznie w walucie polskiej.

§ 11. ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK DODATKOWYCH I ZMIANY SKŁADEK DODATKOWYCH NA RENTĘ

1. Ubezpieczający może wpłacać Składki dodatkowe jednokrotnie lub wielokrotnie w Okresie ubezpieczenia, jednakże:
 - 1) nie częściej niż 1 raz w każdym miesiącu w Roku ubezpieczenia,
 - 2) nie później niż w dniu poprzedzającym dzień zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę bezskładkową ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności,
 - 3) nie później niż na 40 dni przed określonym we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, albo zgodnie z § 7 ust. 14 OWU i potwierdzonym w Polisie dniem wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Ubezpieczający może wpłacać Składkę dodatkową w wysokości nie mniejszej niż 1 000 PLN (słownie: jeden tysiąc złotych).
3. Wpłata każdej Składki dodatkowej musi być dokonana na numer rachunku bankowego wskazanego przez Towarzystwo do dokonywania wpłat Składek dodatkowych.
4. W przypadku, gdy Ubezpieczający wpłaci Składkę dodatkową niezgodnie z postanowieniami ust. 1 –3 powyżej, Towarzystwo dokona zwrotu wpłaconej kwoty w terminie 45 dni od dnia uznania wpłaconej kwoty na rachunku bankowym Towarzystwa.
5. Wpłacenie Składki dodatkowej przez Ubezpieczającego wpływa na:
 - 1) podwyższenie wysokości Renty, która wypłacana będzie Ubezpieczonemu po dożyciu przez niego do dnia następnego po Rocznicę ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ukończy on 66 rok życia. Podwyższenie wysokości Renty odbywa się zgodnie z postanowieniami ust. 9 poniżej,
 - 2) podwyższenie wysokości Wartości wykupu na każdą Rocznicę ubezpieczenia, wskazanych w Tabeli wartości wykupów, potwierdzonej w ostatniej wersji Polisy.W związku ze wskazanymi powyżej zmianami Towarzystwo wystawi kolejną wersję Polisy i przekaze ją Ubezpieczającemu.
6. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zmiany decyzji w sprawie wpłaconej Składki dodatkowej, w terminie 60 dni od daty wystawienia przez Towarzystwo nowej wersji Polisy uwzględniającej zmiany, o których mowa w ust. 5 powyżej. W celu realizacji prawa, o którym



mowa w zdaniu poprzedzającym, Ubezpieczający winien doręczyć do Siedziby Towarzystwa pisemny wniosek o zwrot Składki dodatkowej wraz ze wskazaniem numeru rachunku bankowego Ubezpieczającego, na który zwrot Składki dodatkowej ma być dokonany oraz załączoną do niego nową wersję Polisy potwierdzającą zmiany, o których mowa w ust. 5 powyżej, o ile została mu doręczona.

7. Towarzystwo w terminie 30 dni od daty otrzymania wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6 powyżej, dokonuje zwrotu Składki dodatkowej na wskazany przez Ubezpieczającego numer rachunku bankowego.

8. Dokonanie przez Towarzystwo zwrotu wpłaconej Składki dodatkowej skutkuje:

1) obniżeniem wysokości Renty, która wypłacana będzie Ubezpieczonemu po dożyciu przez niego do dnia następnego po Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ukończy on 66 rok życia,

2) obniżeniem wysokości Wartości wykupu na każdą Rocznicę ubezpieczenia, wskazanych w Tabeli wartości wykupów.

W związku ze wskazanymi powyżej zmianami Towarzystwo wystawi kolejną wersję Polisy i przekaze ją Ubezpieczającemu.

9. Za opłaconą przez Ubezpieczającego Składkę dodatkową na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie na dzień opłacenia Składki dodatkowej i z uwzględnieniem:

1) Wariantu ubezpieczenia,

2) Wiek Ubezpieczonego na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego następującego bezpośrednio po miesiącu, w którym została opłacona Składka dodatkowa,

3) wysokości opłaconej Składki dodatkowej,

4) okresu pozostałego do zakończenia Okresu ubezpieczenia, liczonego od dnia opłacenia Składki dodatkowej do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

Towarzystwo zakupi dodatkowe kwoty powiększające wysokość Renty.

10. W przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, wartość wpłaconych Składek dodatkowych powiększa wysokość Świadczenia wypłacanego z tytułu śmierci Ubezpieczonego, które obliczane jest zgodnie z § 4 ust. 3 OWU.

§ 12. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

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

2. Jeżeli Składka regularna nie została zapłacona przez Ubezpieczającego w pełnej wysokości w terminie dodatkowym, o którym mowa w ust. 1 powyżej, to Umowa ubezpieczenia:

1) zostaje zmieniona, z pierwszym dniem okresu, za który nie została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres, na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności wskazanym w § 17 ust. 5 OWU – jeżeli Wartość wykupu ubezpieczenia oraz zredukowana wysokość Renty obliczone na dzień następnego po zakończeniu ostatniego okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, wynoszą nie mniej niż wymagane minimum określone w § 5 ust. 1 Regulaminu. Zasady zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną

wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności określa § 17 OWU,

albo

2) ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który zapłacona została Składka regularna w pełnej wysokości należnej za dany okres – jeżeli Wartość wykupu lub zredukowana wysokość Renty obliczone na dzień następnego po zakończeniu ostatniego okresu, za który została zapłacona Składka regularna w pełnej wysokości, wynoszą mniej niż wymagane minimum określone w § 5 ust. 1 Regulaminu, wówczas wypłacana jest Ubezpieczonemu Wartość wykupu obliczona zgodnie z § 16 ust. 8 OWU.

§ 13. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI RENTY I SKŁADKI REGULARNEJ

1. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo, może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, w trybie, o którym mowa w § 27 OWU. Zmiana zakresu odpowiedzialności Towarzystwa polegająca na:

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

a) rozszerzeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej o zakres ryzyk znajdujących się w dodanych Ubezpieczeniach dodatkowych,

b) zwiększeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej), o składkę za dodane Ubezpieczenie dodatkowe, z datą obowiązywania od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonano rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej,

2) usunięciu z zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonych Ubezpieczeń dodatkowych, które może być dokonane w dowolnym momencie Okresu ubezpieczenia i skutkuje:

a) zmniejszeniem zakresu ochrony o zakres ryzyk znajdujących się w usuniętych Ubezpieczeniach dodatkowych,

b) zmniejszeniem wysokości Składki ochronnej dobrowolnej (będącej częścią Składki regularnej) o składkę za usunięte Ubezpieczenie dodatkowe; z datą obowiązywania od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostało złożone oświadczenie o rezygnacji z określonych Ubezpieczeń dodatkowych.

2. Ubezpieczający może zaproponować podwyższenie wysokości Składki regularnej w każdą Rocznicę ubezpieczenia, w trybie, o którym mowa w § 27 OWU. Podwyższenie wysokości Składki regularnej:

1) w odniesieniu do Składki podstawowej należnej z tytułu Ubezpieczenia podstawowego skutkuje:

a) podwyższeniem wysokości Renty,

b) podwyższeniem Wartości wykupu dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej wartości Składki podstawowej, obowiązującej od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie Składki regularnej,

2) w odniesieniu do Składki ochronnej dobrowolnej należnej z tytułu Umów dodatkowych wchodzących w skład Umowy ubezpieczenia, skutkuje podwyższeniem sum ubezpieczenia znajdujących się w zakresie ochrony ubezpieczeniowej Ubezpieczeń dodatkowych, których nową wysokość wylicza się z uwzględnieniem podwyższonej Składki ochronnej dobrowolnej i taryfy składek, która zależy od Wiek Ubezpieczonego w Rocznicę ubezpieczenia, na którą dokonywane jest podwyższenie wysokości Składki ochronnej dobrowolnej, częstotliwości opłacania Składki regularnej oraz okresu jaki pozostał do końca okresu Ubezpieczenia dodatkowego, zgodnie z zapisami odpowiednich OWU.



3. Ubezpieczający w każdą Rocznicę ubezpieczenia, poczynwszy od 2 Rocznic ubezpieczenia, może zaproponować obniżenie wysokości Składki podstawowej, w trybie, o którym mowa w § 27 OWU. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, wniosek o obniżenie Składki podstawowej, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, musi być zaakceptowany i podpisany również przez Ubezpieczonego.

Towarzystwo zaakceptuje wniosek o obniżenie Składki podstawowej, jeżeli łącznie spełnione zostaną następujące warunki:

1) nowa wysokość Składki podstawowej zaproponowana przez Ubezpieczającego nie może być niższa niż 50% wysokości Składki podstawowej, jaka była należna w pierwszym Roku ubezpieczenia,

2) wszystkie Składki podstawowe należne za okres pierwszych 2 Lat ubezpieczenia zostały opłacone w pełnej wysokości.

Obniżenie wysokości Składki podstawowej skutkuje:

3) obniżeniem wysokości Renty – nowa wysokość Renty ustalana jest odpowiednio do: obniżonej Składki podstawowej, Wzrostu Ubezpieczonego aktualnego na dzień zmiany wysokości Składki podstawowej, Wariantu ubezpieczenia oraz liczby Lat ubezpieczenia pozostałych do końca Okresu ubezpieczenia licząc od Rocznicy ubezpieczenia, na którą zmiana wysokości Składki podstawowej została dokonana,

4) obniżeniem Wartości wykupu dla kolejnych Rocznic ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość wylicza się z uwzględnieniem obniżonej wysokości Składki podstawowej obowiązującej od Rocznicy ubezpieczenia, na którą dokonywane jest obniżenie wysokości Składki podstawowej.

4. Towarzystwo może zaproponować w Okresie ubezpieczenia indeksację (podwyższenie) Składki regularnej, na zasadach, o których mowa w § 14 OWU.

5. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający lub Towarzystwo może odmówić zgody na dokonanie zmian, o których mowa w niniejszym paragrafie.

6. Towarzystwo potwierdza dokonanie każdej ze zmian poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

7. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, każdorazowo o: zmianie wysokości Składki regularnej, zmianie wysokości Renty, zmianie Wartości wykupu oraz zmianie zakresu ubezpieczenia.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 7 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

§ 14. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I MIESIĘCZNEJ RENTY

1. W każdą Rocznicę ubezpieczenia, z wyłączeniem ostatniej Rocznicy ubezpieczenia, przypadającej w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo dokonuje podwyższenia wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony przez Towarzystwo w trybie, o którym mowa w ust. 2 poniżej.

2. Wskaźnik indeksacji określany jest w oparciu o zapisy ust. 3 poniżej, najpóźniej do dnia 30 kwietnia każdego roku kalendarzowego i ma zastosowanie do wszystkich Umów ubezpieczenia, dla których Rocznicą ubezpieczenia przypada w okresie od dnia 1 maja tego roku kalendarzowego do dnia 1 kwietnia w następnym roku kalendarzowym.

3. Wskaźnik indeksacji, o którym mowa w ust. 2 powyżej, stanowi

dwukrotność skumulowanego 12-miesięcznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych, obliczonego na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny na stronie internetowej www.stat.gov.pl, miesięcznych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych na koniec poprzedniego roku kalendarzowego z zastrzeżeniem ust. 4 poniżej.

4. W przypadku, gdy wskaźnik indeksacji ustalony zgodnie z ust. 3 powyżej jest niższy niż 6% przyjmuje się, że wskaźnik indeksacji wynosi 6%. Towarzystwo w trybie, o którym mowa w § 27 OWU, informuje Ubezpieczającego o podwyższeniu wysokości Składki regularnej o wskaźnik indeksacji określony zgodnie z postanowieniami ustępów powyżej, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu.

5. Ubezpieczającemu w odpowiedzi na nadesłaną przez Towarzystwo informację o podwyższeniu wysokości Składki regularnej, przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu, przy czym jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki regularnej to sprzeciw Ubezpieczającego wymaga pisemnej zgody Ubezpieczonego doręczonej Towarzystwu wraz ze sprzeciwem Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 4 powyżej. Zgłoszenie sprzeciwu oznacza brak zgody na indeksację i zachowanie wysokości Składki regularnej oraz Renty w dotychczasowej wysokości.

6. Jeżeli Ubezpieczający nie skorzysta z prawa zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w ust. 5 powyżej, Składka regularna zostaje podwyższona, co wywołuje analogiczne skutki jak opisano w § 13 ust. 2 pkt 1) – 2) OWU. Podwyższenie Składki regularnej wpływa na podwyższenie Wartości wykupu, w analogiczny sposób jak w § 13 ust. 2 pkt 1 lit. b) OWU.

7. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, każdorazowo o: zmianie wysokości Składki regularnej, zmianie wysokości Renty oraz zmianie Wartości wykupu.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 7 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

§ 15. UDZIAŁ W ZYSKU Z LOKAT AKTYWÓW STANOWIĄCYCH POKRYCIE REZERWY UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE

1. Prawo do udziału w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie Ubezpieczony nabywa poczynwszy od 3 Roku ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej. Ubezpieczony korzysta z prawa do udziału w zysku, o ile jest on należny – w Okresie ubezpieczenia oraz w okresie wypłaty Renty.

2. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie za dany Rok ubezpieczenia, jest należny, o ile spełnione zostaną łącznie następujące warunki:

1) w danym Roku ubezpieczenia należna Składka regularna została opłacona w wymaganej wysokości,

2) w danym Roku ubezpieczenia Umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana.

Udział w zysku, o ile jest należny, przyznawany jest również w okresie wypłaty Renty; w okresie tym warunki, o których mowa w pkt 1) – 2) powyżej, uważa się za nieistotne.

3. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy



ubezpieczeń na życie jest przyznawany w Rocznicę ubezpieczenia za poprzedni Rok ubezpieczenia, o ile jest należny. W przypadku spełnienia warunku, o którym mowa w ust. 2 powyżej, udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie zostanie przyznany po raz pierwszy w 3 Rocznicę ubezpieczenia.

4. Udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie jest przyznawany, o ile jest należny, również w okresie wypłacania Renty, w dniu odpowiadającym każdej kolejnej Rocznicy ubezpieczenia jaka potwierdzona była w Polisie. Za przyznane udziały w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie zakupione zostaną dodatkowe kwoty powiększające wysokość wypłacanej Renty. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczonego lub Uposażonego do Renty na piśmie o nowej wysokości Renty.

5. Zasady naliczania i wypłaty udziału w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie rezerwy ubezpieczeń na życie określone są w Regulaminie.

6. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego na piśmie, lub jeżeli Ubezpieczający wyraził na to zgodę, na innym trwałym nośniku lub za pomocą środków komunikacji elektronicznej, corocznie o przyznanym udziale w zysku.

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie, po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

§ 16. WYKUP UBEZPIECZENIA I ZASADY USTALANIA JEGO KWOTY

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wykupu ubezpieczenia po upływie okresu przysługującego Ubezpieczającemu na odstąpienie od Umowy ubezpieczenia, z zachowaniem ust. 2 – 5 poniżej, pod warunkiem, że:

1) Ubezpieczający nie skorzystał z prawa do odstąpienia, z zastrzeżeniem ust. 3 poniżej,

2) wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia został złożony nie później niż na 30 dni przed Rocznicą ubezpieczenia przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia. Wniosek Ubezpieczonego o wykup ubezpieczenia wywołuje skutki prawne z chwilą doręczenia go do Siedziby Towarzystwa.

2. Ubezpieczony składa wniosek o wykup ubezpieczenia, o ile to możliwe, na formularzu Towarzystwa i doręcza go do Siedziby Towarzystwa. Do wniosku o wykup ubezpieczenia Ubezpieczony jest zobowiązany dołączyć:

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

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

3) pisemną zgodę Ubezpieczającego na dokonanie wykupu ubezpieczenia, w przypadku, gdy Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, a Ubezpieczający skorzystał z uprawnienia do okresowego ograniczenia prawa do wykupu, o którym mowa w ust. 3 poniżej.

3. Na wniosek Ubezpieczającego złożony razem z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia, prawo do dokonania wykupu może być uniemożliwione przez wskazany przez Ubezpieczającego okres,

zaczynający się od Dnia początku odpowiedzialności. Jeżeli Ubezpieczający złoży wniosek o okresowe ograniczenie prawa do wykupu, wówczas w przypadku dokonywania wykupu, Ubezpieczony zobowiązany jest do doręczenia zgody Ubezpieczającego na dokonanie tego wykupu wyłącznie w okresie ograniczenia prawa do wykupu.

4. Towarzystwo oblicza Wartość wykupu na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, w którym do Siedziby Towarzystwa wpłynął prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o wykup ubezpieczenia.

5. Towarzystwo dokonuje wykupu ubezpieczenia bez wniosku Ubezpieczonego i zgody Ubezpieczającego w następujących przypadkach określonych w OWU:

1) § 12 ust. 2 pkt 2) OWU – przy czym Wartość wykupu obliczana jest na ostatni dzień okresu, za który zapłacona została należna Składka regularna w pełnej wysokości za dany okres,

2) § 21 ust. 3 OWU – przy czym Wartość wykupu obliczana jest zgodnie z ust. 4 powyżej.

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

7. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację wskazaną w ust. 6 powyżej Ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku niezwłocznie po jej przekazaniu przez Towarzystwo.

8. Wartość wykupu, w przypadku wykupu ubezpieczenia przypadającego:

1) w Rocznicę ubezpieczenia – jest zgodna z Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupów dla tej Rocznicy ubezpieczenia,

2) pomiędzy Rocznicami ubezpieczenia – stanowi sumę kwot:

a) Wartości wykupu wskazanej w Tabeli wartości wykupów na Rocznicę ubezpieczenia, przypadającą bezpośrednio przed dniem, na który dokonywany jest wykup ubezpieczenia, oraz

b) kwoty, która powstaje w wyniku pomnożenia:

i) ilorazu liczby miesięcy, które upłynęły od Rocznicy ubezpieczenia bezpośrednio poprzedzającej dzień wykupu ubezpieczenia i liczby 12, z zastrzeżeniem, iż do obliczeń przyjmowane są wyłącznie te miesiące, za które Ubezpieczający opłacił należną Składkę regularną, przez

ii) różnicę pomiędzy: Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupów na Rocznicę ubezpieczenia następującą bezpośrednio po dniu wykupu ubezpieczenia a Wartością wykupu wskazaną w Tabeli wartości wykupów na Rocznicę ubezpieczenia poprzedzającą bezpośrednio dzień wykupu ubezpieczenia.

9. W przypadku doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o wykup ubezpieczenia po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci albo w przypadku gdy obydwa wnioski doręczone zostaną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci.

§ 17. ZASADY ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ NA UMOWĘ UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO ZE ZREDUKOWANĄ WYSOKOŚCIĄ RENTY I OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Umowa ubezpieczenia ze Składką regularną zostaje zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności w przypadku:

1) złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o zmianę Umowy



ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile Wartość wykupu oraz zredukowana wysokość Renty obliczone na dzień złożenia wniosku wynoszą nie mniej niż wymagane minimum określone w § 5 ust. 1 Regulaminu,

lub

2) wskazanym w § 12 ust. 2 pkt 1) OWU.

2. Podstawą obliczenia zredukowanej wysokości Renty jest Wartość wykupu, obliczona zgodnie z § 16 ust. 8 OWU.

3. W przypadku, gdy Wartość wykupu lub zredukowana wysokość Renty obliczone na dzień złożenia wniosku o zmianę Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie spełniają wymaganego minimum określonego w § 5 Regulaminu, Towarzystwo zaniecha zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności i zwróci się pisemnie do Ubezpieczającego z prośbą o złożenie odpowiedniej dyspozycji:

1) kontynuowania Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na dotychczasowych warunkach,

albo

2) dokonania wykupu ubezpieczenia na zasadach określonych w § 16 OWU.

W piśmie Towarzystwo określi termin na złożenie dyspozycji, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczającego pisma. W przypadku braku odpowiedzi Ubezpieczającego w wyznaczonym terminie, Towarzystwo wezwie Ubezpieczającego do zapłaty Składki regularnej na zasadach opisanych w § 12 ust. 1 OWU – jeżeli Umowa ubezpieczenia ze Składką regularną miała zostać zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności w przypadku wskazanym w ust. 1 pkt 1) powyżej, a jeżeli Umowa ubezpieczenia ze Składką regularną miała zostać zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności w przypadku niezapłacenia Składki regularnej w pełnej wysokości należnej za dany okres do Dnia wymagalności tej Składki regularnej w terminie dodatkowym, o którym mowa w § 12 ust. 1, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na zasadach opisanych w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU.

4. W okresie, gdy Umowa ubezpieczenia jest umową ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, Składka regularna nie jest należna i opłacanie jej nie jest wymagane.

5. Od dnia zmiany Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności:

1) wygasa odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych,

2) Ubezpieczający nie może dokonywać wpłat Składek dodatkowych,

3) ulegają obniżeniu Wartości wykupu podane w Tabeli wartości wykupów, których nową wartość ustala się przy uwzględnieniu braku dalszego opłacania przez Ubezpieczającego Składki regularnej,

4) ulega redukcji wysokość Renty, której nową wartość ustala się przy uwzględnieniu braku dalszego opłacania przez Ubezpieczającego Składki regularnej.

6. Towarzystwo potwierdza dokonanie zmiany statusu Umowy

ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności przez wystawienie nowej wersji Polisy, która zawierała będzie również informację o nowych, obniżonych Wartościach wykupu (nowa wersja Tabeli wartości wykupów).

§ 18. ZASADY ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO ZE ZREDUKOWANĄ WYSOKOŚCIĄ RENTY I OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI NA UMOWĘ UBEZPIECZENIA ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ

1. Ubezpieczający w dowolnym czasie trwania umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności ma prawo do złożenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o zmianę statusu umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną. Wniosek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, winien być złożony na aktualnym formularzu Towarzystwa.

2. Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, określa co najmniej:

1) wysokość Renty, z zastrzeżeniem nie może być ona niższa niż 100 PLN (słownie: sto złotych), albo deklarowaną wysokość Składki regularnej jaką zobowiązany będzie opłacać po zmianie umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną,

2) zakres rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, o ile takie rozszerzenie ma być dokonane.

3. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na zmianę umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną od:

1) analizy informacji zawartych we wniosku, o którym mowa w ust. 2 powyżej, oraz

2) dokonania ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w przypadku gdy Ubezpieczający wnioskował o rozszerzenie Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, w ramach której Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego i Ubezpieczającego o podanie dodatkowych informacji; w stosunku do Ubezpieczonego zakres dodatkowych informacji obejmuje: informacje o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz dane finansowe; w stosunku do Ubezpieczającego – dane finansowe.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

4. Na podstawie analizy informacji zawartych we wniosku, o którym mowa w ust. 2 powyżej, oraz ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 3 pkt 2) powyżej, o ile została ona przeprowadzona, Towarzystwo podejmie decyzję o akceptacji lub odrzuceniu wniosku Ubezpieczającego o zmianę umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną oraz informuje pisemnie Ubezpieczającego:

1) o przyczynach odmowy – w przypadku odrzucenia wniosku Ubezpieczającego,



2) o warunkach na jakich dokonana zostanie zmiana umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną – w przypadku akceptacji wniosku Ubezpieczającego.

5. Zakres informacyjny pisma informacyjnego Towarzystwa skierowanego do Ubezpieczającego w sprawie warunków na jakich dokonana zostanie zmiana umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną obejmuje:

I) informację o wysokości Składki regularnej oraz o wysokości Renty przy czym:

a) w przypadku, gdy Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, wskazał wysokość Renty, Towarzystwo na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie na dzień dokonywania przedmiotowej zmiany i z uwzględnieniem:

i) okresu w jakim umowa ubezpieczenia miała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczający nie opłacał Składki regularnej,

ii) Wiekowi Ubezpieczonego na dzień zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną,

iii) Wariantu ubezpieczenia,

iv) częstotliwości opłacania Składki regularnej jaka wskazana była w Polisie przed zmianą Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile Ubezpieczający we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie wskazał innej częstotliwości opłacania Składki regularnej,

v) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną do Rocznicę ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

vi) oczekiwanej wysokości Renty,

vii) zaproponowanego we wniosku rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe,

wyznaczy wysokość Składki regularnej, którą Ubezpieczający będzie zobowiązany opłacać od dnia zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną,

albo

b) w przypadku, gdy Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zadeklarował wysokość Składki regularnej, Towarzystwo na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie na dzień dokonywania przedmiotowej zmiany i z uwzględnieniem:

i) okresu w jakim umowa ubezpieczenia miała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczający nie opłacał Składki regularnej,

ii) Wiekowi Ubezpieczonego na dzień zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką

regularną,

iii) Wariantu ubezpieczenia,

iv) częstotliwości opłacania Składki regularnej jaka wskazana była w Polisie przed zmianą Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, o ile Ubezpieczający we wniosku o zmianę umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie wskazał innej częstotliwości opłacania Składki regularnej,

v) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną do Rocznicę ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

vi) deklarowanej wysokości Składki regularnej,

vii) zaproponowanego we wniosku rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe,

wyznaczy wysokość Renty,

2) zaktualizowaną Tabelę wartości wykupów, w której Wartości wykupu zostaną przeliczone z uwzględnieniem:

a) okresu w jakim umowa ubezpieczenia miała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, w trakcie którego Ubezpieczający nie opłacał Składki regularnej,

b) Wartości wykupu na kolejne Rocznicę ubezpieczenia wskazanych w Tabeli wartości wykupów, jaka wskazana była w Polisie po dokonaniu zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności,

c) Wariantu ubezpieczenia,

d) wysokości Składki regularnej, którą Ubezpieczający będzie zobowiązany opłacać od dnia zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną,

e) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną do Rocznicę ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

f) zakresu ochrony z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Ubezpieczający wnioskował o takie rozszerzenie,

3) datę, od której obowiązywać będą zaproponowane przez Towarzystwo warunki,

4) określony przez Towarzystwo 30 – dniowy termin, w którym Ubezpieczający zobowiązany jest ustosunkować się do propozycji warunków zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną.

6. Jeżeli przed upływem wskazanego w ust. 5 pkt 4) powyżej terminu Ubezpieczający:

I) opłaci Składkę regularną w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo – przyjmuje się, iż Ubezpieczający zaakceptował i przez wpłatę Składki regularnej wyraża zgodę na zaproponowane przez Towarzystwo warunki zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego



ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną,

2) nie opłaci Składki regularnej w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo – przyjmuje się, iż Ubezpieczający odrzucił zaproponowane przez Towarzystwo warunki zmiany umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji ustalone wcześniej, pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem, warunki umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności pozostają w mocy.

7. Towarzystwo potwierdza dokonanie zmiany statusu umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną poprzez wystawienie nowej wersji Polisy, która zawierała będzie również nową wersję Tabeli wartości wykupów.

8. Opłacenie Składki regularnej za okres, w którym Umowa ubezpieczenia posiadała status umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności nie jest wymagane przez Towarzystwo.

§ 19. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu we wcześniejszym z dni:

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

2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia,

3) z ostatnim dniem okresu, za który zapłacona została Składka regularna w pełnej wysokości należna za dany okres – w sytuacji, o której mowa w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU,

4) z dniem wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia,

5) z dniem śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem pkt 6) poniżej – w związku ze śmiercią Ubezpieczonego po upływie Okresu ubezpieczenia,

6) z upływem ostatniego dnia Okresu gwarantowanej wypłaty Renty – w Wariancie z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty,

7) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym doręczono do Siedziby Towarzystwa prawidłowo wypełniony i podpisany wniosek o wykup ubezpieczenia – w związku z wplynięciem wniosku o wykup ubezpieczenia, o ile wniosek złożono z uwzględnieniem terminów określonych w § 16 ust. 1 i ust. 3 OWU.

§ 20. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia

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

2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia

do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. W przypadku odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo w terminie 7 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia dokona zwrotu na rzecz Ubezpieczającego wpłaconej Składki regularnej pomniejszonej o część Składki regularnej, za okres w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej oraz Składki dodatkowej, o ile była zapłacona.

4. Towarzystwo dokonuje zwrotu, o którym mowa w ust. 3 powyżej, na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczającego w oświadczeniu o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia lub innym piśmie doręczonym do Siedziby Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub składa dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

§ 21. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie, z zachowaniem jednomiesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca kalendarzowego.

2. Oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia powinno być złożone Towarzystwu na piśmie i doręczone do Siedziby Towarzystwa. Okres wypowiedzenia kończy się w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, nie później niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

3. Złożenie oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki regularnej za okres, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej, w tym za okres wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

4. Po upływie okresu wypowiedzenia Towarzystwo dokona na rzecz Ubezpieczonego wypłaty Wartości wykupu, obliczonej zgodnie z postanowieniami § 16 ust. 8 OWU.

5. Po zakończeniu okresu wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu Składkę regularną za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 22. WZNOWIENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia, która została rozwiązana w sytuacji, o której mowa w § 12 ust. 2 pkt 2) OWU, może zostać wznowiona na wniosek Ubezpieczającego sporządzony, w miarę możliwości, na aktualnym formularzu Towarzystwa i doręczony do Siedziby Towarzystwa w terminie nie późniejszym, niż z upływem ostatniego dnia 6-go miesiąca, licząc od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, określa co najmniej:

1) wysokość Renty, z zastrzeżeniem nie może być ona niższa niż 100 PLN (słownie: sto złotych), albo deklarowaną wysokość Składki regularnej jaką zobowiązany będzie opłacać po wznowieniu Umowy ubezpieczenia,

2) zakres rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, o ile takie rozszerzenie ma być dokonane.

3. Towarzystwo uzależni wyrażenie zgody na wznowienie Umowy ubezpieczenia od:

1) analizy informacji zawartych we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej,

2) dokonania przez Ubezpieczającego zwrotu wpłaconej przez Towarzystwo Wartości wykupu, w kwocie odpowiadającej nominalnej kwocie wpłaconej po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia; niniejszy zwrot winien być dokonany na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo,



3) dokonania ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego w przypadku, gdy Ubezpieczający wnioskował o rozszerzenie Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, w ramach której Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego i Ubezpieczającego o podanie dodatkowych informacji – w stosunku do Ubezpieczonego zakres dodatkowych informacji obejmuje: informacje o stanie zdrowia, wykonywanym zawodzie, hobby, sposobie spędzania wolnego czasu oraz dane finansowe; w stosunku do Ubezpieczającego – dane finansowe.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do skierowania Ubezpieczonego na badania medyczne przeprowadzane przez wskazanego przez Towarzystwo lekarza lub we wskazanej placówce medycznej. Koszty zleconych badań medycznych pokrywa Towarzystwo.

4. Na podstawie analizy informacji zawartych we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, dokonaniu zwrotu Wartości wykupu oraz ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o której mowa w ust. 3 pkt 3) powyżej, o ile została ona przeprowadzona, Towarzystwo podejmie decyzję o akceptacji lub odrzuceniu wniosku Ubezpieczającego o wznowienie Umowy ubezpieczenia oraz informuje pisemnie Ubezpieczającego:

1) o przyczynach odmowy – w przypadku odrzucenia wniosku Ubezpieczającego,

2) o warunkach na jakich dokonane zostanie wznowienie Umowy ubezpieczenia – w przypadku akceptacji wniosku Ubezpieczającego.

5. Zakres informacyjny pisma informacyjnego Towarzystwa skierowanego do Ubezpieczającego w sprawie warunków na jakich dokonane zostanie wznowienie Umowy ubezpieczenia obejmuje:

1) informację o wysokości Składki regularnej oraz o wysokości Renty przy czym:

a) w przypadku gdy, Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, wskazał wysokość Renty, Towarzystwo na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie na dzień wznowienia Umowy ubezpieczenia i z uwzględnieniem:

i) okresu od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia do dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczający nie opłacał Składki regularnej,

ii) Wiekowi Ubezpieczonego na dzień wznowienia Umowy ubezpieczenia,

iii) Wariantu ubezpieczenia,

iv) częstotliwości opłacania Składki regularnej, jaka wskazana była w Polisie przed rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający we wniosku o wznowienie Umowy ubezpieczenia nie wskazał innej częstotliwości opłacania Składki regularnej,

v) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

vi) wysokości Renty,

vii) zaproponowanego we wniosku o wznowienie rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, wyznaczy wysokość Składki regularnej, którą Ubezpieczający będzie zobowiązany opłacać od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia, albo

b) w przypadku, gdy Ubezpieczający we wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zadeklarował wysokość Składki regularnej Towarzystwo na podstawie taryfy obowiązującej w Towarzystwie na dzień wznowienia Umowy ubezpieczenia i z uwzględnieniem:

i) okresu od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia do dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczający

nie opłacał Składki regularnej,

ii) Wiekowi Ubezpieczonego na dzień wznowienia Umowy ubezpieczenia,

iii) Wariantu ubezpieczenia,

iv) częstotliwości opłacania Składki regularnej jaka wskazana była w Polisie przed rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający we wniosku o wznowienie Umowy ubezpieczenia nie wskazał innej częstotliwości opłacania Składki regularnej,

v) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

vi) deklarowanej wysokości Składki regularnej,

vii) zaproponowanego we wniosku o wznowienie rozszerzenia Ubezpieczenia podstawowego o Ubezpieczenia dodatkowe, wyznaczy wysokość Renty,

2) zaktualizowaną Tabelę wartości wykupów, w której Wartości wykupu zostaną przeliczone z uwzględnieniem:

a) okresu od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia do dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia, w trakcie którego Ubezpieczający nie opłacał Składki regularnej,

b) deklarowanej wysokości Składki regularnej,

c) Wariantu ubezpieczenia,

d) okresu pozostałego do zakończenia Umowy ubezpieczenia, liczonego od dnia wznowienia Umowy ubezpieczenia do Rocznicy ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończy 66 rok życia,

e) zakresu ochrony z tytułu Ubezpieczeń dodatkowych, o ile Ubezpieczający wnioskował o takie rozszerzenie,

f) Wartości wykupu zwróconej przez Ubezpieczającego – w kwocie nominalnie odpowiadającej Wartości wykupu wypłaconej Ubezpieczonemu przez Towarzystwo po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia,

3) proponowaną przez Towarzystwo datę, od której obowiązywać będą zaproponowane warunki,

4) określony przez Towarzystwo 30 – dniowy termin, w którym Ubezpieczający zobowiązany jest ustosunkować się do propozycji warunków wznowienia Umowy ubezpieczenia.

6. Jeżeli przed upływem wskazanego w propozycji Towarzystwa terminu Ubezpieczający:

1) opłaci Składkę regularną w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo – przyjmuje się, zaakceptował i przez wpłatę Składki regularnej wyraża zgodę na zaproponowane przez Towarzystwo warunki wznowienia Umowy ubezpieczenia,

2) nie opłaci Składki regularnej w wysokości zaproponowanej przez Towarzystwo – przyjmuje się, iż Ubezpieczający odrzucił zaproponowane przez Towarzystwo warunki wznowienia Umowy ubezpieczenia. W przypadku zaistnienia takiej sytuacji Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zwróconą przez niego Wartość wykupu, w terminie 30 dni licząc od końca okresu wskazanego w piśmie informacyjnym, w którym Towarzystwo informowało o warunkach wznowienia Umowy ubezpieczenia.

7. Towarzystwo potwierdza wznowienie Umowy ubezpieczenia poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

8. Opłacenie Składki regularnej za okres, od daty rozwiązania Umowy ubezpieczenia do daty jej wznowienia nie jest wymagane przez Towarzystwo.



§ 23. WYPŁATA RENTY

1. Ubezpieczony nabywa prawo do Renty od dnia następnego po upływie Rocznic ubezpieczenia przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia, o ile dożył do tego dnia i nie złożył wniosku o wykup ubezpieczenia w terminie określonym w § 16 ust. 1 OWU.

2. Towarzystwo rozpoczyna wypłatę Renty na rzecz Ubezpieczonego, według zasad, o których mowa w ust. 5 poniżej, na podstawie poprawnie i kompletnie wypełnionego oraz podpisanego przez Ubezpieczonego pisemnego wniosku o wypłatę Renty, który Ubezpieczony zobowiązany jest, w miarę możliwości sporządzić na formularzu Towarzystwa i doręczyć do Siedziby Towarzystwa najpóźniej na 14 dni przed Rocznicą ubezpieczenia, przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ukończył 66 rok życia.

3. We wniosku o wypłatę Renty Ubezpieczony zobowiązany jest wskazać:

1) numer własnego rachunku bankowego oraz nazwę banku, w którym prowadzony jest rachunek. Jeżeli wypłata Renty ma być realizowana na rachunek bankowy, którego właścicielem nie jest Ubezpieczony – Towarzystwo dodatkowo wymaga podania: imienia i nazwiska oraz adresu zamieszkania właściciela rachunku, ponadto właściciel rachunku zobowiązany jest podpisać oświadczenie o zgodzie na udostępnienie Towarzystwu numeru rachunku bankowego – o ile wypłata Renty ma być dokonywana na rachunek bankowy,

albo

2) adres zamieszkania, na który Towarzystwo będzie dokonywało przekazu pocztowego – o ile wypłata Renty ma być dokonywana przekazem pocztowym.

4. W przypadku braku we wniosku o wypłatę Renty informacji, o których mowa w ust. 3 pkt 1) lub pkt 2) powyżej, Towarzystwo nie rozpocznie wypłaty Renty i zwróci się niezwłocznie do Ubezpieczonego na piśmie o uzupełnienie niniejszych informacji.

5. Wypłata Renty na rzecz Ubezpieczonego odbywa się: dożywotnio zgodnie z Wariantem ubezpieczenia potwierdzonym w Polisie; w sposób wskazany przez Ubezpieczonego we wniosku o wypłatę Renty (na numer rachunku bankowego lub przekazem pocztowym); z częstotliwością miesięczną; z góry; w terminie do 15 dnia miesiąca, za który jest należna. Przy czym:

1) pierwsza Renta wypłacana jest przez Towarzystwo 15 dnia miesiąca następującego bezpośrednio po nabyciu przez Ubezpieczonego prawa do Renty zgodnie z ust. 1 powyżej – o ile zostały spełnione wymagania formalne, o których mowa w ust. 2 – 3 powyżej,

2) każda kolejna Renta wypłacana jest z zachowaniem postanowień ust. 5 zdanie pierwsze powyżej oraz przy uwzględnieniu postanowień ust. 6 poniżej,

3) jeżeli zaistnieją okoliczności, o których mowa w ust. 4 powyżej, Towarzystwo po pisemnym uzupełnieniu przez Ubezpieczonego wymaganych informacji rozpocznie wypłatę Renty z 15 dniem miesiąca następującego bezpośrednio po dniu uzupełnienia informacji, wypłacając bieżącą Rentę należną za dany miesiąc oraz wszystkie należne, a niewypłacone wcześniej Renty, za okres od nabycia prawa do Renty do dnia uzupełnienia wymaganych informacji.

6. Renta wypłacana jest przez Towarzystwo:

1) w wysokości wskazanej w ostatniej wersji Polisy – w pierwszym roku wypłaty Renty,

2) w wysokości wskazanej w ostatniej wersji Polisy powiększonej o dodatkowe kwoty Renty zakupione za przyznane udziały w zysku, zgodnie z § 15 ust. 4 OWU. Powiększenie wysokości Renty, o którym

mowa w zdaniu poprzedzającym, następuje wyłącznie w przypadku, jeżeli udział w zysku za rok poprzedni był należny – w kolejnych latach wypłaty Renty.

7. W każdym roku wypłacania Renty Ubezpieczony zobowiązany jest doręczać do Siedziby Towarzystwa, nie wcześniej niż na 30 dni przed i nie później niż w dniu poprzedzającym datę Rocznic ubezpieczenia, jaka określona była w Polisie, poprawnie wypełniony i podpisany przez Ubezpieczonego wniosek o wypłatę Renty sporządzony, w miarę możliwości na formularzu Towarzystwa, zawierający informacje, o których mowa w ust. 3 powyżej. Obowiązek, o którym mowa w zdaniu pierwszym ciąży na Ubezpieczonym także wówczas, gdy w zakresie informacji, o których mowa w ust. 3 powyżej, nie nastąpiły żadne zmiany.

8. W przypadku niespełnienia obowiązku, o którym mowa w ust. 7 powyżej, Towarzystwo zaniecha wypłaty Renty, do czasu otrzymania wniosku zawierającego oświadczenie Ubezpieczonego. Towarzystwo może żądać poświadczenia podpisu na wniosku zawierającym oświadczenie.

9. W Wariantcie z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty, w razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty, Towarzystwo przestaje wypłacać Rentę Ubezpieczonemu począwszy od Renty należnej za miesiąc następujący po miesiącu, w którym Towarzystwo zostało powiadomione o śmierci Ubezpieczonego. Każda następna Renta po Rencie należnej za miesiąc, w którym Towarzystwo zostało powiadomione lub dowiedziało się o śmierci Ubezpieczonego staje się należna:

1) Uposażonemu do Renty, o ile Ubezpieczony wskazał Uposażonego do Renty i na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego do Renty nie stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 10 poniżej, albo

2) odpowiedniej osobie wskazanej w ust. 11 poniżej, jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego do Renty albo na dzień śmierci Ubezpieczonego wskazanie Uposażonego do Renty stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 10 poniżej.

Towarzystwo rozpocznie wypłatę Renty osobie wskazanej w pkt 1) albo pkt 2) powyżej po doręczeniu przez tę osobę do Siedziby Towarzystwa wniosku o wypłatę Renty na aktualnym formularzu Towarzystwa, zawierającego oświadczenie osoby wskazanej w pkt 1) albo pkt 2) powyżej oraz numer rachunku bankowego, na który ma być przekazywana Renta, a także dane o banku, który ten rachunek prowadzi, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy. Do wniosku o wypłatę Renty należy dołączyć potwierdzoną za zgodność z oryginałem przez pracownika jednostki terenowej Towarzystwa, urzędnika administracji publicznej lub notariusza kopię dokumentu tożsamości tj. dowodu lub paszportu osoby wskazanej w pkt 1) albo pkt 2) powyżej oraz odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego.

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

11. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego do Renty lub wskazanie Uposażonego do Renty stało się bezskuteczne zgodnie z ust. 10 powyżej prawo do wypłaty Renty przysługuje:

1) małżonkowi zmarłego Ubezpieczonego,

2) dzieciom zmarłego Ubezpieczonego, w tym dzieciom przysposobionym,

3) wnukom zmarłego Ubezpieczonego,

4) rodzicom zmarłego Ubezpieczonego,

5) rodzeństwu zmarłego Ubezpieczonego,



- 6) dzieciom rodzeństwa zmarłego Ubezpieczonego,
7) innym niż wskazani w pkt 1) – 6) powyżej spadkobiercom Ubezpieczonego.

Każda z wymienionych powyżej grup może nabyć prawo do otrzymywania wypłaty Renty w swojej kolejności pod warunkiem, że wcześniej nikt nie nabył prawa do świadczenia Renty. Jeżeli w danej grupie jest więcej niż jedna osoba to kwota Renty jest dzielona na równe części dla każdej z tych osób. Postanowienia ust. 13 poniżej stosuje się do każdej z osób wskazanych w pkt 1) – 7) powyżej.

12. W Wariancie z Okresem gwarantowanej wypłaty Renty, w razie śmierci Uposażonego do Renty, któremu wypłacana była Renta w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty, Towarzystwo przestaje wypłacać Rentę Uposażonemu do Renty, począwszy od Renty należnej za miesiąc następujący po miesiącu, w którym Towarzystwo zostało powiadomione o śmierci Uposażonego do Renty. Każda następna Renta po Rencie należnej za miesiąc, w którym Towarzystwo zostało powiadomione lub dowiedziało się o śmierci Uposażonego do Renty staje się należna spadkobiercom Uposażonego do Renty. Postanowienia ust. 13 poniżej stosuje się do spadkobierców Uposażonego do Renty, z tym zastrzeżeniem, że co najmniej jeden ze spadkobierców zobowiązany jest wraz z wnioskiem o wypłatę Renty wskazanym w ust. 13 poniżej doręczyć Towarzystwu dokument potwierdzający prawo do spadku, tj. oryginał lub poświadczoną notarialnie kopię postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku albo oryginał lub poświadczoną notarialnie kopię notarialnego poświadczenia dziedziczenia. Renta jest wypłacana poszczególnym spadkobiercom w części odpowiadającej ich udziałom spadkowym.

13. Osoba wskazana w ust. 9 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, której Towarzystwo wypłacać będzie Rentę w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty w każdym roku wypłacania jej Renty, najpóźniej do dnia poprzedzającego dzień odpowiadający swą datą dniu Rocznicy ubezpieczenia, zobowiązana jest doręczać do Siedziby Towarzystwa wniosek o wypłatę Renty zawierający oświadczenie tej osoby, zawierające numer rachunku bankowego, na który będzie przekazywana Renta w następnym roku wypłacania Renty, a także dane banku, który ten rachunek prowadzi, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy. Wniosek wskazany w zdaniu poprzednim musi być złożony z datą nie wcześniejszą niż 30 dni przed daną Rocznicą ubezpieczenia.

Osoba wskazana w ust. 9 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, której Towarzystwo wypłacać będzie Rentę w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty, składa wniosek zawierający oświadczenie, o którym mowa w zdaniu poprzednim, na aktualnym formularzu Towarzystwa, potwierdzając treść oświadczenia własnoręcznym podpisem. Towarzystwo może żądać poświadczenia podpisu na wniosku zawierającym oświadczenie. Obowiązek, o którym mowa w zdaniu pierwszym ciąży na osobie wskazanej w ust. 9 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, której Towarzystwo wypłacać będzie Rentę w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty także wówczas, gdy numer rachunku bankowego nie ulega zmianie.

W przypadku niespełnienia obowiązku, o którym mowa w zdaniu pierwszym Towarzystwo zaniecha wypłaty Renty do czasu otrzymania wniosku zawierającego oświadczenie osoby wskazanej w ust. 9 pkt 1) albo pkt 2) powyżej, której Towarzystwo wypłacać będzie Rentę w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w Okresie gwarantowanej wypłaty Renty.

14. Towarzystwo może wystąpić o udostępnienie danych

Ubezpieczonego ze zbioru Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL). W razie uzyskania z Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności informacji o śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo wstrzyma wypłatę Renty Ubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 9 powyżej.

§ 24. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego powinna niezwłocznie powiadomić Towarzystwo o śmierci Ubezpieczonego oraz wystąpić z roszczeniem, składając w Siedzibie Towarzystwa prawidłowo wypełniony wniosek o wypłatę Świadczenia. Formularz wniosku o wypłatę Świadczenia jest dostępny na stronie internetowej Towarzystwa (www.compensa.pl) i w jego placówkach, a dodatkowe informacje można uzyskać poprzez infolinię Towarzystwa.

2. Po otrzymaniu zawiadomienia o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, 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 oraz wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.

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

4. Do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć:

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

2) odpis skrócony aktu zgonu Ubezpieczonego – w przypadku śmierci Ubezpieczonego,

3) dokument informujący o przyczynie zgonu Ubezpieczonego:

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

b) 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,

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

4) numer rachunku bankowego, na który Towarzystwo dokona wypłaty Świadczenia, o ile wypłata ma być dokonana na rachunek bankowy.

5. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo zwróci się do osoby składającej wniosek o wypłatę Świadczenia o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może zażądać 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 terminach, o których mowa w ust. 8 powyżej, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia zawiadania na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie, oraz

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

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 potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 11 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i 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 wnioski o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu.

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

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

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

a) drogą pocztową, za pośrednictwem postańca 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 email, 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 mu 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.

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

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 wskazanego w ust. 1 – 10 powyżej osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca Reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (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.

§ 27. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIENI I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

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

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

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia wymagają zachowania formy wskazanej w ust. 1 – 2 powyżej pod rygorem nieważności. W przypadku przedstawienia przez Towarzystwo Ubezpieczającemu propozycji zmian Umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu



tych zmian na wysokość Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający jest zobowiązany do niezwłocznego pisemnego przekazania Ubezpieczonemu całości otrzymanych materiałów tak, aby Ubezpieczony miał możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

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

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

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

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

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

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

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

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

12. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Towarzystwo, na żądanie Ubezpieczonego przekazuje informacje, o których mowa w ust. 6 powyżej, § 9 ust. 4 OWU, § 13 ust. 7 OWU, § 14 ust. 7 OWU oraz § 16 ust. 6 OWU.

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

pisemnego powiadomienia Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego.

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

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

§ 28. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

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

§ 29. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W OWU

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

2. Na dzień wejścia w życie OWU przepisami regulującymi opodatkowanie Świadczeń Towarzystwa są:

1) 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 (Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.), w brzmieniu: „Art. 21 ust. 1. Wolne od podatku dochodowego są:

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

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

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

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

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

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

2) art. 30a ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt 1, 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”,

3) art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (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.”,

4) art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt 3), w brzmieniu:



„Podatek, z zastrzeżeniem art. 21, art. 22 i art. 24a wynosi 19% podstawy opodatkowania.”.

§ 30. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE OWU

Niniejsze OWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/07/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lipca 2017 r. wchodzi w życie z dniem 11 lipca 2017 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 sierpnia 2017 r. lub terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



REGULAMIN UDZIAŁU W ZYSKU, WYSOKOŚCI RENTY I WARTOŚCI WYKUPU BRP-1417

(do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu
1 sierpnia 2017 r. lub w terminie późniejszym)

§ 1. ZASTOSOWANIE REGULAMINU

1. Niniejszy Regulamin udziału w zysku, wysokości Renty i Wartości wykupu o symbolu BRP-1417, zwany dalej Regulaminem, ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Prywatna Emerytura o symbolu BRP-1417 zwanych dalej OWU.

2. Regulamin określa:

- 1) zasady przyznawania udziału w zysku,
- 2) minimalną wartość wykupu ubezpieczenia oraz minimalną zredukowaną wysokość Renty wymagane przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności.

§ 2. DEFINICJE POJĘĆ

1. **Stopa techniczna** – stopa oprocentowania stosowana przy obliczaniu składki ubezpieczeniowej. Wartość Stopy technicznej została określona w § 6 Regulaminu.

2. **Klasa polis** – grupa Umów ubezpieczenia wyodrębniona na podstawie Stopy technicznej, daty zawarcia Umowy ubezpieczenia, częstotliwości opłacania Składki regularnej. Lokaty i rezerwy mogą być dzielone na klasy odpowiadające Klasom polis.

3. **Rezerwa** – suma niżej wymienionych rezerw techniczno – ubezpieczeniowych:

1) rezerwa ubezpieczeń na życie (rezerwa matematyczna) dla ubezpieczonych w części przypadającej na Ubezpieczenie podstawowe wyliczona metodą aktuarialną przy użyciu składki netto i Stopy technicznej dla produktów, w których przewidziano przyznawanie udziału w zysku,

2) rezerwa ubezpieczonych w części przypadającej na przyznane wcześniej udziały w zysku, wyliczona metodą aktuarialną indywidualnie dla każdej Umowy ubezpieczenia.

4. **Stopa zwrotu z lokat** – stopa zwrotu z lokat stanowiących pokrycie Rezerw.

5. **Wskaźnik udziału w zysku (Wskaźnik)** – współczynnik ustalony przez Towarzystwo na poziomie 90%. Towarzystwo może ustalić wyższy Wskaźnik dla Klasy polis na dany rok kalendarzowy. Podwyższony Wskaźnik stosuje się do całego Roku ubezpieczenia poprzedzającego Rocznicę ubezpieczenia przypadającą w danym roku kalendarzowym.

§ 3. ZASADY NALICZANIA I WYPŁATY UDZIAŁU W ZYSKU W OKRESIE UBEZPIECZENIA

1. W § 15 OWU zostało określone komu i kiedy należy jest udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie Rezerw.

2. Udział w zysku w Okresie ubezpieczenia naliczany jest z uwzględnieniem stanu Rezerw z początku Roku ubezpieczenia, za który naliczany jest udział w zysku. Udział Ubezpieczonego w zysku nie może być mniejszy niż 90% przypadającego na daną Umowę ubezpieczenia zysku z lokat.

3. Podstawą wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku w Okresie

ubezpieczenia za dany Rok ubezpieczenia jest ta część Rezerw, która przypada na daną Umowę ubezpieczenia, według stanu na pierwszy dzień Roku ubezpieczenia, za który przyznawany jest udział w zysku.

4. Kwota udziału w zysku wyliczana jest jako iloczyn:

1) określonej w ust. 3 powyżej podstawy wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku,

2) nadwyżki Stopy zwrotu z lokat ponad sumę Stopy technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych wynoszącego 1%,

3) Wskaźnika określonego w § 2 ust. 5 Regulaminu.

W przypadku gdy Stopa zwrotu z lokat jest niższa niż suma Stopy technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych, udział w zysku wynosi 0. Współczynnik kosztów administracyjnych może być okresowo obniżany przez Towarzystwo.

5. Za przyznawane udziały w zysku zakupywane będą po taryfie zdefiniowanej w odpowiednim planie technicznym dodatkowe kwoty powiększające wysokość wypłacanej Renty. Taryfa ta uwzględnia aktualny Wiek Ubezpieczonego, Wariant ubezpieczenia i ocenę ryzyka dokonaną w momencie zawarcia Umowy ubezpieczenia, wznowienia Umowy ubezpieczenia lub przekształcenia umowy ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności na Umowę ubezpieczenia ze Składką regularną.

6. W przypadku wypłaty Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego, udziały w zysku wypłacane są wraz ze Świadczeniem.

7. W przypadku wykupu ubezpieczenia Wartość wykupu jest powiększana o 98% przypadającej na daną Umowę ubezpieczenia wartości rezerw ubezpieczeń na życie w części przypadającej na przyznanie wcześniej udziały w zysku, obliczonej na ostatni dzień okresu, za który zapłacona została Składka regularna w pełnej należnej wysokości za dany okres.

§ 4. ZASADY NALICZANIA I WYPŁATY UDZIAŁU W ZYSKU W OKRESIE WYPŁATY RENTY

1. W § 15 OWU zostało określone komu i kiedy należy jest udział w zysku z lokat aktywów stanowiących pokrycie Rezerw.

2. Udział w zysku w okresie wypłaty Renty naliczany jest z uwzględnieniem średniej ze stanu Rezerw z początku i końca danego roku wypłaty Renty, za który naliczany jest udział w zysku. Udział Ubezpieczonego w zysku nie może być mniejszy niż 90% przypadającego na daną Umowę ubezpieczenia zysku z lokat.

3. Podstawą wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku za dany rok wypłaty Renty jest ta część Rezerw, która przypada na daną Umowę ubezpieczenia, według średniej ze stanu Rezerw z początku i końca danego roku wypłaty Renty, za który przyznawany jest udział w zysku.

4. Kwota udziału w zysku wyliczana jest jako iloczyn:

1) określonej w ust. 3 powyżej podstawy wyliczenia kwoty należnego udziału w zysku,

2) nadwyżki Stopy zwrotu z lokat ponad sumę Stopy technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych wynoszącego 1%,

3) Wskaźnika określonego w § 2 ust. 5 Regulaminu.

W przypadku gdy Stopa zwrotu z lokat jest niższa niż suma Stopy



technicznej i współczynnika kosztów administracyjnych, udział w zysku wynosi 0. Współczynnik kosztów administracyjnych może być okresowo obniżany przez Towarzystwo.

5. Za przyznawane udziały w zysku zakupywane będą po taryfie zdefiniowanej w odpowiednim planie technicznym dodatkowo kwoty powiększające wysokość wypłacanej Renty. Taryfa ta uwzględnia aktualny Wiek Ubezpieczonego oraz Wariant ubezpieczenia.

§ 5. MINIMALNA WARTOŚĆ WYKUPU UBEZPIECZENIA ORAZ MINIMALNA ZREDUKOWANA WYSOKOŚĆ RENTY WYMAGANE PRZY ZMIANIE UMOWY UBEZPIECZENIA ZE SKŁADKĄ REGULARNĄ NA UMOWĘ UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO ZE ZREDUKOWANĄ WYSOKOŚCIĄ RENTY I OGRANICZONYM ZAKRESEM ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Minimalna Wartość wykupu ubezpieczenia oraz minimalna zredukowana wysokość Renty wymagane przy zmianie Umowy ubezpieczenia ze Składką regularną na umowę ubezpieczenia bezskładkowego ze zredukowaną wysokością Renty i ograniczonym zakresem odpowiedzialności wynoszą odpowiednio:

1) minimalna Wartość wykupu ubezpieczenia wynosi 3 000 PLN (słownie: trzy tysiące złotych),

2) minimalna zredukowana wysokość Renty wynosi 30 PLN (słownie: trzydzieści złotych).

2. Minimalna Wartość wykupu ubezpieczenia oraz minimalna zredukowana wysokość Renty, o których mowa w ust. 1 powyżej, podlegają indeksacji według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny za kolejne miesiące kalendarzowe. Towarzystwo podejmie decyzję

o wskazanej w poprzednim zdaniu indeksacji, jeżeli wartość skumulowanych wskaźników za okres, w którym nie dokonywano indeksacji, wyniesie mniej niż 0,9 lub więcej niż 1,1. Po raz pierwszy Towarzystwo dokona indeksacji minimalnej Wartości wykupu ubezpieczenia oraz minimalnej zredukowanej wysokości Renty według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych począwszy od wskaźnika za miesiąc następujący po wejściu w życie Regulaminu. Zmieniona w wyniku indeksacji minimalna Wartość wykupu ubezpieczenia oraz minimalna zredukowana wysokość Renty obowiązują od początku miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia przez GUS tego wskaźnika, który powoduje przekroczenie wyznaczonych w zdaniu drugim wartości. Towarzystwo może odstąpić od indeksowania minimalnej Wartości wykupu ubezpieczenia oraz minimalnej zredukowanej wysokości Renty, o których mowa w ust. 1 powyżej.

§ 6. WARTOŚĆ STOPY TECHNICZNEJ

W przypadku Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 sierpnia 2017 r. lub w terminie późniejszym, Towarzystwo stosuje Stopę techniczną w wysokości 1,60%.

§ 7. WEJŚCIE REGULAMINU W ŻYCIE

Niniejszy Regulamin w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 8/07/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lipca 2017 r. wchodzi w życie z dniem 11 lipca 2017 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 sierpnia 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA RENTOWEGO NA ŻYCIE PRYWATNA EMERYTURA O SYMBOLU BRP-1417

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Prywatna Emerytura o symbolu BRP-1417 zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/07/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lipca 2017 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 sierpnia 2017 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 ogólnych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 17.

2. dotychczasowy § 25 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 25. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 26 OWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 26 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 § 26 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 § 26 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 26. SKŁADANIE REKLAMACJI

1. Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu, Uposażonemu, lub osobie uprawnionej do Świadczenia będącymi osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.

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

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

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

2) ustnej – telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67,

3) ustnej – osobiście w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa do protokołu podczas wizyty w jednostce wskazanej w ust. 2 powyżej lub Siedzibie Towarzystwa – wyłącznie

w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

4) elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpiezonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

4. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, reklamacja powinna zawierać:

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

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

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

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

5. Na żądanie osoby wskazanej w ust. 1 powyżej składającej reklamację, Towarzystwo potwierdza złożenie reklamacji na piśmie lub w inny uzgodniony z tą osobą sposób.

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

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

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

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

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

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

9. Odpowiedzi na reklamacje Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek – w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym



również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta – w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

10. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej składająca reklamację ma prawo odwołać się do Towarzystwa.

11. Po otrzymaniu odpowiedzi na reklamację rozpatrzoną negatywnie, osoba wskazana w ust. 1 powyżej będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej), ma prawo złożyć wniosek o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.

12. Niezależnie od trybu rozpatrywania reklamacji wskazanego w ust. 1 – 11 powyżej, osoba wskazana w ust. 1 powyżej, będąca osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej) składająca reklamację ma prawo:

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów

między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: www.rf.gov.pl),

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

3) zwrócić się do Komisji Nadzoru Finansowego.

13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.”.

§ 2.

1. W zakresie nieuregulowanym niniejszym aneksem zastosowanie mają postanowienia ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu.

2. Niniejszy aneks w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 3/02/2018 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 20 lutego 2018 r. wchodzi w życie z dniem 23 lutego 2018 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA RENTOWEGO NA ŻYCIE PRYWATNA EMERYTURA O SYMBOLU BRP-1417

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia rentowego na życie Prywatna Emerytura o symbolu BRP-1417 (dalej OWU) zatwierdzonych Uchwałą Nr 8/07/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 11 lipca 2017 r. wprowadza się następujące zmiany mające zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których Dzień początku odpowiedzialności przypada w dniu 1 listopada 2020 lub w terminie późniejszym:

I. po § 28 dodaje się nowy § 28 a w brzmieniu:

„§ 28 a 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 3/10/2020 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group z dnia 1 października 2020 r. wchodzi w życie z dniem 1 października 2020 roku.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



WYKAZ INDYWIDUALNYCH UBEZPIECZEŃ DODATKOWYCH DOSTĘPNYCH W UBEZPIECZENIU PRYWATNA EMERYTURA O SYMBOLU BRP-1417 (stan na dzień 11 lipca 2017 r.)

Dodatkowe indywidualne ubezpieczenie:

– na wypadek śmierci w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8615	<input type="checkbox"/>
– na wypadek śmierci w następstwie wypadku komunikacyjnego	BRP-8715	<input type="checkbox"/>
– na wypadek pobytu w szpitalu w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-8815	<input type="checkbox"/>
– na wypadek trwałej utraty zdrowia w następstwie nieszczęśliwego wypadku	BRP-1016	<input type="checkbox"/>
– na wypadek całkowitej niezdolności ubezpieczonego do pracy z przejęciem opłacania składek	BRP-9015	<input type="checkbox"/>

Szczegółowe informacje na temat wymienionych Ubezpieczeń dodatkowych znajdują się w odpowiednich ogólnych warunkach dodatkowych ubezpieczeń indywidualnych.



Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group

Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa

KRS 43309, Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział Gospodarczy KRS

NIP 527 20 52 806, Kapitał zakładowy: 224 263 746,00 zł – opłacony w całości

Tel.: +48 22 867 66 67, +48 22 501 61 00