



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 nie będą przekazywane do odbiorców znajdujących się w państwach poza Europejskim Obszarem Gospodarczym.

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 wykonywanym zawodzie. 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.

Podanie danych osobowych w celach marketingowych jest dobrowolne.



KARTA PRODUKTU

W niniejszej karcie produktu, zwanej dalej „Kartą produktu”, zawarte są najważniejsze informacje o indywidualnym ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Karta produktu została przygotowana przez Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group na podstawie Wytycznych dla zakładów ubezpieczeń dotyczących dystrybucji ubezpieczeń wydanych w dniu 24 czerwca 2014 r. przez Komisję Nadzoru Finansowego.

Karta produktu nie jest elementem Umowy ubezpieczenia, materiałem marketingowym, ani ofertą w rozumieniu art. 66 Kodeksu Cywilnego. Karta produktu ma pokazać kluczowe informacje o produkcie i pomóc klientowi w zrozumieniu cech produktu.

Decyzję o zakupie ubezpieczenia podejmij po wcześniejszym zapoznaniu się z pełną dokumentacją ubezpieczeniową, w szczególności z warunkami Umowy Generalnej z dnia 30 kwietnia 2004 roku, gdzie znajdują się szczegółowe i kompletne informacje o ubezpieczeniu.

Terminy oraz nazwy używane w Karcie produktu otrzymują znaczenie nadane im w ww. Umowie Generalnej.

UWAGA!

Jeśli nie rozumiesz cech produktu zawartych w niniejszej Karcie produktu albo nie jesteś pewien czy produkt ten odpowiada Twoim potrzebom, poproś o dodatkowe informacje i wyjaśnienia lub zrezygnuj z zawarcia Umowy ubezpieczenia w tym produkcie.



UBEZPIECZYCIEL: Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, zwana dalej: „Towarzystwem”.

I. ZAKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia.

FUNKCJA/CEL UBEZPIECZENIA

• ochronna – zapewnienie w Okresie ubezpieczenia ochrony na wypadek śmierci Ubezpieczonego,
• inwestycyjna – długoterminowe inwestowanie kapitału w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe (wykaz Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych dostępnych w produkcji wskazany jest w pkt XVI Karty produktu oraz Umowie ubezpieczenia; polityka inwestycyjna Funduszy, częstotliwość i metoda wycen, Dzień Wyceny Jednostek Funduszu oraz wysokość opłat za zarządzanie Funduszem określona jest w Umowie ubezpieczenia i w Regulaminach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiących Załącznik nr 5 do Umowy ubezpieczenia).

III. CHARAKTERYSTYKA UBEZPIECZENIA

Jest to indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawierane na czas nieokreślony. Ubezpieczenie ma charakter ochronno-inwestycyjny, co oznacza, że część wpłacanej przez Ubezpieczającego Składki przeznaczona jest na pokrycie przewidzianej Umową ubezpieczenia ochrony ubezpieczeniowej, a część inwestowana jest w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.

UWAGA!

- rekomendowany minimalny czas trwania Umowy ubezpieczenia to co najmniej 5 lat (Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe dostępne w ubezpieczeniu dedykowane są dla osób planujących długoterminowe oszczędzanie),
- rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje wypłatę całkowitego Wykupu. Wartość całkowitego Wykupu nie jest równa wpłaconym Składkom ubezpieczeniowym,
- inwestycje w Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe mogą przynieść znaczące zyski, ale obciążone są ryzykiem inwestycyjnym ponoszonym wyłącznie przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego – mogą przynieść straty lub wypracować zyski niższe niż oczekiwane.

IV. MECHANIZM FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający opłaca Składkę ubezpieczeniową w wysokości i terminach potwierdzonych w Polisie,
- z Indywidualnego rachunku Towarzystwo pobiera opłaty (zgodnie z Tabelą opłat wskazaną w pkt XIV Karty produktu),
- Ubezpieczający ma prawo do zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia i z ograniczonym zakresem odpowiedzialności, nie wcześniej niż w 2 Rocznicę ubezpieczenia na zasadach i warunkach określonych w § 19 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej. W przypadku zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego brak jest obowiązku opłacania Składek ubezpieczeniowych,
- Ubezpieczony ma prawo dokonać częściowego Wykupu – częściowy Wykup jest możliwy dopiero po upływie 5 lat kalendarzowych, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia. Minimalna wartość aktywów pozostających na Indywidualnym rachunku po dokonaniu częściowego Wykupu wynosi 500 PLN,

- w każdym czasie Ubezpieczony może: zmienić Alokację Składki regularnej, dokonać Konwersji Jednostek uczestnictwa.

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

Zdarzenie ubezpieczeniowe:

- śmierć Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Świadczenie:
 - wyższa z kwot:
 - sumy ubezpieczenia określonej w Polisie, albo
 - wartości Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku w ostatnim dniu miesiąca, w którym doręczono do Siedziby Towarzystwa wnioski o wypłatę Świadczenia, obliczonej z uwzględnieniem Cen Jednostek ustalonych w tym dniu.

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

- wysokość Składki ubezpieczeniowej określa Ubezpieczający we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Wysokość Składki potwierdza Polisa,
- Składkę ubezpieczeniową stanowi kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne,
- Ubezpieczający opłaca Składkę ubezpieczeniową z częstotliwością miesięczną,
- Ubezpieczający może zaproponować zmianę wysokości Składki w każdą Rocznicę ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż po upływie 2 lat od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia,
- Składka ubezpieczeniowa może, za zgodą obu stron Umowy ubezpieczenia, ulec podwyższeniu. Wzrost wysokości Składki możliwy jest w każdym miesiącu, ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca,
- jeżeli Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony i Ubezpieczony finansował koszt Składki ubezpieczeniowej to w każdym składanym wniosku o zmianę wysokości Składki ubezpieczeniowej musi być zawarta zgoda Ubezpieczonego na dokonanie tej zmiany,
- każda ze stron Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający i Towarzystwo może odmówić dokonania zmiany wysokości Składki ubezpieczeniowej,
- Towarzystwo potwierdza dokonanie każdej zmiany poprzez wystawienie nowej wersji Polisy.

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

- wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego, Ubezpieczający deklaruje we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- suma ubezpieczenia jest stała w całym Okresie ubezpieczenia i wynosi 1 000 PLN,
- Towarzystwo potwierdza wysokość sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci Ubezpieczonego w Polisie.



VIII. OKRES OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ, ZASADY KONTYNUACJI LUB WZNAWIANIA OCHRONY UBEZPIECZENIOWEJ

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony,
 - zasady wznawiania ochrony ubezpieczeniowej:
- 1) rozwiązana Umowa ubezpieczenia może zostać wznowiona, na wniosek Ubezpieczającego (wniosek może zostać złożony wyłącznie w okresie pierwszych 2 lat od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia),
 - 2) prawo wznowienia dotyczy wyłącznie tych Umów ubezpieczenia, które zostały rozwiązane z ostatnim dniem okresu, za który opłacona została ostatnia Składka ubezpieczeniowa w pełnej wysokości, jeżeli nie zapłacono wszystkich Składek ubezpieczeniowych należnych za pierwsze 2 lata Okresu ubezpieczenia,
 - 3) wznowienie Umowy ubezpieczenia uzależnione jest od wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego,
 - 4) w przypadku zgody na wznowienie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo określi, na podstawie wyników ponownej oceny ryzyka ubezpieczeniowego, warunki wznawianej Umowy ubezpieczenia,
 - 5) warunkiem wznowienia Umowy ubezpieczenia jest opłacenie aktualnej należnej Składki ubezpieczeniowej.

IX. WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

- odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty kwoty całkowitego Wykupu, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
 - 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu stanowiącego umyślne przestępstwo,
 - 3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.
- Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność na wypadek śmierci Ubezpieczonego, która ograniczona jest do wypłaty całkowitego Wykupu, za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 4 ust. 6-7 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień, o którym mowa w zdaniu poprzednim, doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

	Odstąpienie	Odstąpienie po otrzymaniu pierwszej informacji o wartości Wykupu	Wystąpienie z Umowy ubezpieczenia	Wypowiedzenie	Wypłata całkowitego Wykupu
podmiot uprawniony	Ubezpieczający	Ubezpieczający	Ubezpieczony	Ubezpieczający	Ubezpieczony
termin	od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia: 7 dni – gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, 30 dni – gdy Ubezpieczający nie jest przedsiębiorcą	60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy informacji o wartości Wykupu	60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy informacji o wartości Wykupu	w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia	po upływie 5 lat kalendarzowych od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia
sposób rezygnacji	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	pisemne oświadczenie	wniosek o całkowity Wykup
skutki rezygnacji	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	rozwiązanie Umowy ubezpieczenia
wypłacana kwota w przypadku rezygnacji	wartość umorzonych Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku	wartość umorzonych Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku	wartość umorzonych Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku	wartość umorzonych Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku	wartość umorzonych Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku



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

Wartość całkowitego Wykupu – kwota pieniężna, powstająca wskutek umorzenia Jednostek uczestnictwa, które odbywa się po Cenie Jednostek uczestnictwa z Dnia najbliższej Wyceny Jednostek uczestnictwa następującej bezpośrednio po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa pisemnego wniosku o całkowity Wykup. Obliczona w ten sposób wartość całkowitego Wykupu nie jest pomniejszona o podatek od zysków kapitałowych.

XI. ZASADY I TRYB ZGŁASZANIA ZDARZENIA UBEZPIECZENIOWEGO I REKLAMACJI

• zasady i tryb zgłaszania Zdarzenia ubezpieczeniowego:

- 1) Zdarzenie ubezpieczeniowe należy zgłosić niezwłocznie,
 - 2) na wniosku o wypłatę Świadczenia,
 - 3) do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć dokumenty wskazane w § 27 ust. 5 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej,
 - 4) Towarzystwo może żądać przedstawienia dodatkowych dokumentów uzasadniających wypłatę Świadczenia,
 - 5) każda z osób uprawnionych do wypłaty Świadczenia składa wniosek o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego w swoim imieniu,
- zasady i tryb zgłaszania Reklamacji:

- 1) prawo złożenia Reklamacji przysługuje 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), jak również Ubezpieczającemu oraz poszukującemu ochrony ubezpieczeniowej będącymi osobą prawną albo spółką nieposiadającą osobowości prawnej przysługuje prawo do złożenia reklamacji, przy czym w przypadku ww. osób fizycznych przez reklamację należy rozumieć wystąpienie skierowane do Towarzystwa, w którym osoba wnosząca reklamację zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo,
- 2) reklamacja może zostać złożona w każdej Jednostce Towarzystwa, w której zakresie jest obsługa osób wskazanych powyżej,
- 3) reklamację można złożyć w formie: pisemnej (osobiste złożenie pisma w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub Siedzibie Towarzystwa albo listownie); ustnej (telefonicznie na numer telefonu 22 867 66 67); ustnej

(osobiście w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej do protokołu podczas wizyty w jednostce, o której mowa w ust. 2) powyżej lub Siedzibie Towarzystwa lub elektronicznej na adres e-mail reklamacje@compensazycie.com.pl – wyłącznie w przypadku Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną (w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej).

XII. SPOSÓB I TRYB ROZPATRYWANIA SKARG

- prawo złożenia skargi lub zażalenia przysługuje podmiotom którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji,
- do skargi lub zażalenia zastosowanie znajdują postanowienia § 31 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej, dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 31 ust. 9 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej. 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.

XIII. PODMIOT UPRAWNIONY DO OTRZYMANIA ŚWIADCZENIA Z UMOWY UBEZPIECZENIA

Podmiotem uprawnionym do otrzymania Świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia jest Uposażony. Prawo wskazania Uposażonego na wypadek swojej śmierci przysługuje Ubezpieczonemu. Zmiana lub odwołanie Uposażonego może nastąpić w każdym momencie trwania Umowy ubezpieczenia. Szczegółowe zasady wskazywania Uposażonego określone są w § 5 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej.



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

L.p.	Tytuł opłaty	Opłata	Uwagi
1.	Opłata administracyjna z tytułu prowadzenia Indywidualnego rachunku Jednostek uczestnictwa	1,00 PLN	Opłata naliczana miesięcznie
2.	Opłata z tytułu administrowania Funduszem	0,125% aktywów powstałych z zainwestowania składek wpłacanych przez pierwsze dwa Lata ubezpieczenia, opłata pobierana w okresie pierwszych dwóch Lat ubezpieczenia 0,1% wartości wszystkich aktywów zgromadzonych na rachunku w chwili pobierania opłaty, opłata pobierana od drugiej Rocznic	Opłata naliczana miesięcznie
3.	Opłata za ochronę ubezpieczeniową	a) pobierana poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej w dniu ostatniej Wyceny Jednostek uczestnictwa, poprzedzającej okres, za który pobierana jest opłata, b) obliczana w oparciu o różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia, a wartością Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, gdy różnica ta jest dodatnia, c) ustalana na zasadach określonych w pkt b) powyżej oraz na podstawie taryfy Towarzystwa, wskazanej w § 16 ust. 2 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej, w zależności od aktualnego wieku Ubezpieczonego i jego stanu zdrowia	Opłata naliczana miesięcznie

Opłaty, o których mowa w pkt 1)-3) tabeli powyżej, pobierane są z góry, tj. na początku miesiąca kalendarzowego, za który dana opłata jest pobierana.

Opłata, o której mowa w pkt 1) tabeli powyżej, podlega indeksacji na zasadach wskazanych w § 15 ust. 9 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej.

Opłaty, o których mowa w pkt 1)-3) tabeli powyżej, pobierane są każdego miesiąca z Indywidualnego rachunku poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej w dniu ostatniej Wyceny Jednostek uczestnictwa poprzedzającej miesiąc, za który pobierana jest dana opłata.

XV. PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

• przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób fizycznych – Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.):

Art. 10 ust. 1 pkt 7; Art. 17 ust. 1 pkt 5; Art. 17 ust. 1c; Art. 21 ust. 1 pkt 4 w związku z art. 24 ust. 15 i ust. 15a; Art. 24 ust. 15; Art. 24 ust. 15a; Art. 24 ust. 15b; Art. 30a ust. 1; Art. 52a ust. 1 pkt 3; Art. 41 ust. 4d.

• przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób prawnych – Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 851 ze zm.):

Art. 12 ust. 1 pkt 1; Art. 12 ust. 1 pkt 4a; Art. 12 ust. 4 pkt 20; Art. 16 ust. 1 pkt 8; Art. 16 ust. 7e; Art. 16 ust. 7f; Art. 16 ust. 1 pkt 59; Art. 19 ust. 1.

Brzmienie treści artykułów wskazanych powyżej wskazane jest w § 29 szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiących Załącznik nr 3 do Umowy Generalnej.

XVI. WYKAZ DOSTĘPNYCH UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

L.p.	Fundusz	Waluta	Wycena
1.	Bezpieczny	PLN	Miesięczna
2.	Akcji	PLN	Miesięczna
3.	Zrównoważony	PLN	Miesięczna



XVII. PROFIL RYZYKA DOSTĘPNYCH UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

Fundusz	Profil Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego
Bezpieczny	Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie stabilnej stopy zwrotu. Poprzez zarządzanie ryzykiem stopy procentowej, dąży się do osiągnięcia stopy zwrotu wyższej od średniej osiąganej na rynku papierów skarbowych.
Akcji	Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie wysokiej stopy zwrotu przy akceptacji wysokiego poziomu ryzyka inwestycyjnego związanego z inwestycjami na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych.
Zrównoważony	Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie wyższej stopy zwrotu niż wynikającej z inwestycji w bezpieczne instrumenty dłużne przy jednoczesnej ograniczonej akceptacji wysokiego poziomu ryzyka inwestycyjnego związanego z inwestycjami na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych.



**INFORMACJE DOTYCZĄCE SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
BRP-4317**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1, § 2, § 7, § 17, § 18, § 20, § 21, § 22, § 23, § 27
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1, § 3, § 19 ust. 4
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 15, § 16, § 24 ust. 3
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 17, § 18



SZCZEGÓŁOWE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM BRP-43 I 7

§ I. DEFINICJE POJĘĆ

1. 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.

2. Alokacja składki – określony przez Ubezpieczonego procentowy podział Składki ubezpieczeniowej wskazujący, jaką część Składki ubezpieczeniowej należy przekazać na zakup Jednostek uczestnictwa wybranego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, uwzględniany przy zakupie Jednostek uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wybranych w danej Umowie ubezpieczenia.

3. Cena Jednostki uczestnictwa – cena ustalona podczas cyklicznych Wycen Jednostek uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych określonych w Regulaminach Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

4. Dzień początku odpowiedzialności – potwierdzony w Polisie dzień, w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Towarzystwa w stosunku do Ubezpieczonego.

5. Dzień wyceny – dzień, w którym ustalana jest Cena jednostki uczestnictwa danego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, zgodnie z Regulaminem danego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

6. Dzień wymagalności Składki ubezpieczeniowej – dziesiąty dzień każdego miesiąca, za który należna jest dana Składka ubezpieczeniowa.

7. Indywidualny rachunek Jednostek uczestnictwa (Indywidualny rachunek) – utworzony przez Towarzystwo odrębny rachunek Jednostek uczestnictwa z tytułu każdej zawartej Umowy ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

8. Jednostka uczestnictwa – wyodrębniona, proporcjonalna część wartości aktywów danego Funduszu.

9. Konwersja Jednostek – zamiana Jednostek uczestnictwa danego Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na Jednostki innego albo innych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, polegająca na umorzeniu Jednostek wskazanego przez Ubezpieczonego Funduszu (Funduszy) oraz zakupie za uzyskane w ten sposób środki finansowe Jednostek uczestnictwa innego Funduszu (Funduszy) wskazanego przez Ubezpieczonego.

10. Nieszczęśliwy wypadek – nagłe, wywołane przyczyną zewnętrzną oraz niezależne od woli Ubezpieczonego zdarzenie, będące bezpośrednią i wyłączną przyczyną fizycznych obrażeń lub śmierci Ubezpieczonego; w rozumieniu Umowy za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu oraz innych chorób, których następstwem jest śmierć Ubezpieczonego, nawet jeżeli wystąpiły nagle.

11. Okres ubezpieczenia – czas obejmowania Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową przez Towarzystwo na podstawie Umowy, liczony od dnia określonego w Polisie, jako Dzień początku odpowiedzialności do dnia wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia.

12. Polisa – dokument ubezpieczenia wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i jej warunki; ilekroć w Umowie ubezpieczenia 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.

13. Pracownik – osoba fizyczna pozostająca z Ubezpieczającym w stosunku pracy, tj. zatrudniona na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub spółdzielczej umowy o pracę.

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

15. 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.

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

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

18. Siedziba Towarzystwa – Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie S.A. Vienna Insurance Group, Al. Jerozolimskie 162, 02-342 Warszawa. Z zachowaniem postanowień § 28 ust. 15 SWU, ilekroć w Umowie mowa jest o doręczaniu określonych oświadczeń lub zawiadomień do Siedziby Towarzystwa rozumie się przez to również doręczenie Agentowi ubezpieczeniowemu.

19. Składka ubezpieczeniowa (Składka) – kwota należna z tytułu Umowy ubezpieczenia za okresy miesięczne.

20. Świadczenie – przewidziana Umową ubezpieczenia kwota wypłacana przez Towarzystwo na podstawie Umowy z tytułu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

21. Ubezpieczający – podmiot prawa, będący pracodawcą Ubezpieczonego, który zawiera Umowę ubezpieczenia na podstawie Umowy i jest zobowiązany do zapłaty Składki ubezpieczeniowej. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczony wstępuje w prawa i obowiązki Ubezpieczającego:

1) na wniosek Ubezpieczającego i za zgodą Ubezpieczonego – w dniu wskazanym w oświadczeniu Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, doręczonym do siedziby Towarzystwa;

2) w razie złożenia wniosku o ogłoszenie upadłości Ubezpieczającego lub w razie zgłoszenia otwarcia likwidacji Ubezpieczającego, o ile Ubezpieczony nie wyrazi pisemnego sprzeciwu w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku lub zgłoszenia otwarcia likwidacji Ubezpieczającego – w dniu poprzedzającym dzień złożenia wniosku lub zgłoszenia otwarcia likwidacji Ubezpieczającego.

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do ponownej oceny ryzyka, w przypadku, gdy zmiana pracy albo zawodu wiąże się z podwyższeniem ryzyka ubezpieczeniowego.

22. Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy (Fundusz kapitałowy, Fundusz) – wydzielona część aktywów Towarzystwa o polityce inwestowania i poziomie ryzyka inwestowania, określonych



w Regulaminie Funduszu, podzielona na równe części, zwane Jednostkami uczestnictwa. Towarzystwo może oferować różne Fundusze do różnych Umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Umowy.

23. Ubezpieczony – Pracownik Ubezpieczającego, którego życie jest przedmiotem ubezpieczenia.

24. Umowa – umowa generalna z dnia 30 kwietnia 2004 roku, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, której integralną część stanowią niniejsze warunki.

25. Umowa ubezpieczenia – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie Umowy, której przedmiotem jest życie Ubezpieczonego.

26. Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot prawa, wyznaczony przez Ubezpieczonego, jako uprawniony do Świadczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Umowy.

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

28. Wycena – ustalenie Ceny Jednostki uczestnictwa danego Funduszu, zgodnie z Regulaminem tego Funduszu.

29. Wykaz Funduszy – wykaz Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo, w Jednostki, których mogą być lokowane Składki ubezpieczeniowe.

30. Wykup – częściowy albo całkowity wykup Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku.

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

§ 2. ZAKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w Okresie ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Uposażonym, każdemu w części ustalonej przez Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień Umowy ubezpieczenia, Świadczenie w wysokości wyższej z następujących kwot:

1) sumy ubezpieczenia, określonej w Polisie,
2) wartości Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku w ostatnim dniu miesiąca, w którym doręczono do Siedziby Towarzystwa wnioski o wypłatę Świadczenia, obliczonej z uwzględnieniem Cen Jednostek ustalonych w tym dniu.

2. Jeżeli przed dniem umorzenia Jednostek uczestnictwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego do Siedziby Towarzystwa zostanie doręczony prawidłowo przygotowany wniosek o całkowity Wykup, Towarzystwo dokona całkowitego Wykupu i zaniecha wypłaty Świadczenia, o którym mowa w ust. 1 powyżej.

3. Jeżeli przed dniem umorzenia Jednostek uczestnictwa z tytułu śmierci Ubezpieczonego do siedziby Towarzystwa zostanie doręczony prawidłowo przygotowany wniosek o częściowy Wykup, Towarzystwo dokona częściowego Wykupu i pomniejszy wypłacane Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, o kwotę dokonanego częściowego Wykupu.

4. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego, a w dniu śmierci Ubezpieczonego wskazanie któregośkolwiek z Uposażonych stało się bezskuteczne w związku ze śmiercią danego Uposażonego albo umyślnym przyczynieniem się danego Uposażonego do śmierci Ubezpieczonego, wówczas część Świadczenia przypadająca temu Uposażonemu zostanie wypłacona pozostałym przy życiu Uposażonym, w proporcji wynikającej z ustaleń Ubezpieczonego.

5. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego nie ma wskazanego

Uposażonego albo wskazanie wszystkich Uposażonych stało się bezskuteczne w związku z ich śmiercią albo umyślnym ich przyczynieniem się do śmierci Ubezpieczonego, to Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone członkowi rodziny Ubezpieczonego według następującej kolejności:

- 1) małżonek zmarłego,
- 2) dzieci zmarłego,
- 3) wnuki zmarłego,
- 4) rodzice zmarłego,
- 5) rodzeństwo zmarłego,
- 6) dzieci rodzeństwa zmarłego,
- 7) inni dalsi spadkobiercy ustawowi Ubezpieczonego, zgodnie z ustawowym porządkiem dziedziczenia.

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

§ 3. OGRANICZENIA LUB WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty kwoty całkowitego Wykupu, obliczonej na zasadach określonych, w § 18 SWU, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w następstwie lub spowodowane zostało lub nastąpiło na skutek:

- 1) działań wojennych, stanu wojennego, stanu wyjątkowego, aktów terroryzmu lub czynnego udziału Ubezpieczonego w rozruchach, buntach, zamieszkach bądź aktach przemocy, a także masowego skażenia radioaktywnego, biologicznego, chemicznego bądź katastrofy nuklearnej,
- 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu stanowiącego umyślne przestępstwo,
- 3) samobójstwa Ubezpieczonego popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezależnie od stopnia poczytalności Ubezpieczonego.

2. Towarzystwo ponosi ograniczoną odpowiedzialność na wypadek śmierci Ubezpieczonego, która ograniczona jest do wypłaty całkowitego Wykupu, obliczonego na zasadach określonych w § 18 SWU, za skutki okoliczności, które z naruszeniem § 4 ust. 6-7 SWU, nie zostały podane do jego wiadomości. Jeżeli do naruszenia postanowień § 4 ust. 6-7 SWU doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że Zdarzenie ubezpieczeniowe jest skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym.

3. Jeżeli do Zdarzenia ubezpieczeniowego doszło po upływie trzech lat od zawarcia Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe.

§ 4. ZASADY ZAWARCIA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowę ubezpieczenia zawiera się na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

2. Ubezpieczający przed podpisaniem przez Ubezpieczonego wniosku, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zobowiązany jest doręczyć Ubezpieczonemu sporządzony i przekazany Ubezpieczającemu w formie papierowej przez Towarzystwo wyciąg z Umowy wraz z Regulaminem, na podstawie, których zawierana jest Umowa ubezpieczenia.

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



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

- 1) cel i charakter Umowy ubezpieczenia,
 - 2) wykaz przysługujących świadczeń z Umowy ubezpieczenia oraz wykaz oferowanych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w ramach Umowy ubezpieczenia,
 - 3) tytuły oraz wysokość opłat pobieranych przez Towarzystwo,
 - 4) określenie profilu ryzyka Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
 - 5) rekomendowany minimalny okres trwania Umowy ubezpieczenia wraz z uzasadnieniem rekomendacji uwzględniającym horyzont inwestycyjny Ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
 - 6) informację o ryzyku inwestycyjnym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o ile takie ryzyko występuje.
4. Informacje wskazane w ust. 3 powyżej określają miejsce i sposób uzyskania dodatkowych informacji na temat Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.
5. Ubezpieczający przekazuje osobie zainteresowanej przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, na piśmie lub, jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku informacje, o których mowa w ust. 3 powyżej oraz ust. 4 powyżej, przed podpisaniem przez tę osobę wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo może zwrócić się o podanie dodatkowych informacji.
7. 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. W razie zawarcia przez Towarzystwo Umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
8. Przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować:
- 1) podwyższenie Składki ubezpieczeniowej lub obniżenie sumy ubezpieczenia,
 - 2) przesunięcie początku Okresu ubezpieczenia,
 - 3) zastosowanie warunków innych niż określone w Umowie.
9. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
10. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczeniową 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 na piśmie poinformować o tym fakcie Towarzystwo, a Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę ubezpieczeniową terminie 30 dni od daty otrzymania od Ubezpieczającego pisemnej informacji o odmowie zawarcia Umowy ubezpieczenia.
13. Towarzystwo potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisé.
14. Jeżeli w odpowiedzi na złożony przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia Towarzystwo doręczy Ubezpieczającemu Polisé zawierającą postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zobowiązane jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Polisy, wyznaczając mu co najmniej 7-dniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane

na niekorzyść Ubezpieczającego nie będą skuteczne, a Umowa ubezpieczenia będzie zawarta zgodnie z warunkami wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

15. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą wystawienia przez Towarzystwo Polisy, z zastrzeżeniem ust. 17 poniżej.

16. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 15 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. 15 powyżej, Umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta i Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę ubezpieczeniową 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.

§ 5. WSKAZYWANIE UPOSAŻONEGO

1. Ubezpieczony może wskazać jednego lub więcej Uposażonych na wypadek swojej śmierci, zarówno przy zawarciu Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej trwania.

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. Wskazanie Uposażonego może zostać zmienione lub odwołane przez Ubezpieczonego w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia.

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

§ 6. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się w dniu potwierdzonym w Polisie, będącym pierwszym dniem miesiąca, za który zapłacono pierwszą Składkę ubezpieczeniową w wysokości potwierdzonej w Polisie.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 7. OCHRONA TYMCZASOWA

1. W razie śmierci Ubezpieczonego w następstwie Nieszczęśliwego wypadku, w okresie ochrony tymczasowej, Towarzystwo wypłaci Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia zaproponowanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Warunkiem wypłaty Świadczenia jest zajście Nieszczęśliwego wypadku, będącego przyczyną śmierci Ubezpieczonego, w okresie ochrony tymczasowej oraz istnienie



bezpośredniego związku przyczynowego pomiędzy śmiercią Ubezpieczonego a Nieszczęśliwym wypadkiem.

2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1 powyżej, zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek, będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego, miał miejsce w okresie ochrony tymczasowej.

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

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

2) została zapłacona pierwsza Składka ubezpieczeniowa w wysokości określonej w formularzu wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i ustalonej na podstawie taryfy.

4. Z zachowaniem postanowień ust. 5 poniżej, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ochrony tymczasowej kończy się w najwcześniejszym z dni:

1) dzień poprzedzający Dzień początku odpowiedzialności Towarzystwa,

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

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

4) dzień zgłoszenia sprzeciwu, o którym mowa w § 4 ust. 15 SWU, do Siedziby Towarzystwa,

5) dzień śmierci Ubezpieczonego przed Dniem początku odpowiedzialności.

5. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż przez okres 90 dni.

§ 8. WYSOKOŚĆ SUMY UBEZPIECZENIA, SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ I WARTOŚCI WYKUPU

1. Wysokość sumy ubezpieczenia oraz należnej Składki ubezpieczeniowej potwierdza Polisa.

2. Zadeklarowana we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia suma ubezpieczenia nie może być niższa niż ustalona przez Towarzystwo minimalna suma ubezpieczenia. Wysokość minimalnej sumy ubezpieczenia jest określona w § 16 ust. 3 SWU.

3. 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.

4. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informację, o której mowa w ust. 3 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.

§ 9. ZMIANY ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA, WYSOKOŚCI SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ I SUMY UBEZPIECZENIA

1. Każda ze stron Umowy ubezpieczenia może na piśmie zaproponować zmianę zakresu odpowiedzialności Towarzystwa, w trybie, o którym mowa w § 28 SWU.

2. W każdą Rocznicę Umowy ubezpieczenia Towarzystwo może zaproponować podwyższenie Składki lub sumy ubezpieczenia, o ile Ubezpieczający opłaca Składkę ubezpieczeniową, w trybie, o którym mowa w § 28 SWU. O przyjęciu lub odrzuceniu propozycji decyduje Ubezpieczający.

3. Ubezpieczający może zaproponować zmianę wysokości Składki

w każdą Rocznicę ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż po upływie 2 lat od pierwszego dnia Okresu ubezpieczenia, w trybie, o którym mowa w § 28 SWU.

4. Składka ubezpieczeniowa może, za zgodą obu stron Umowy ubezpieczenia, ulec podwyższeniu. Wzrost wysokości Składki możliwy jest w każdym miesiącu, ze skutkiem na pierwszy dzień kolejnego miesiąca.

§ 10. ZASADY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do terminowego i prawidłowego opłacania Składek ubezpieczeniowych.

2. Ubezpieczający opłaca Składkę ubezpieczeniową z częstotliwością miesięczną. Częstotliwość opłacania Składki ubezpieczeniowej potwierdza Polisa.

3. Składka wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w dokumentach załączonych do Polisy.

4. Dniem zapłaty Składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym Składka ubezpieczeniowa w pełnej wysokości wpłynie na rachunek Towarzystwa.

5. Ubezpieczający jest zobowiązany do opłacania Składki ubezpieczeniowej w wysokości potwierdzonej w Polisie.

6. Ubezpieczający zobowiązany jest do terminowego opłacania Składek ubezpieczeniowych z góry, najpóźniej w Dniu wymagalności Składki ubezpieczeniowej.

7. Ustanie odpowiedzialności Towarzystwa nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za czas, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność.

8. Obowiązek opłacania Składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczającego ustaje:

1) w przededniu zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o której mowa w § 19 SWU,

2) w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, nie później jednak niż w dniu śmierci Ubezpieczonego.

§ 11. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

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

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

1) Umowa ubezpieczenia zostaje zmieniona, z dniem początku okresu, za który nie opłacono Składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości, na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia, o ile zapłacono Składki ubezpieczeniowe należne za pierwsze 2 lata Okresu ubezpieczenia,

2) Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem okresu, za który opłacona została ostatnia Składka ubezpieczeniowa w pełnej wysokości, jeżeli nie zapłacono wszystkich Składek ubezpieczeniowych należnych za pierwsze 2 lata Okresu ubezpieczenia.



§ 12. ALOKACJA (PODZIAŁ) SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wpłacane Składki ubezpieczeniowe przeznaczane są w całości na zakup Jednostek uczestnictwa.

2. Ubezpieczony określa we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Alokację Składki ubezpieczeniowej, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.

W przypadku, gdy Ubezpieczony nie określi Alokacji Składki ubezpieczeniowej, 100% wpłaconej Składki ubezpieczeniowej lokowane jest w Fundusz Bezpieczny, a w przypadku jego likwidacji lub czasowego wstrzymania sprzedaży Jednostek uczestnictwa tego Funduszu, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki ubezpieczeniowej, podając termin na określenie Alokacji Składki ubezpieczeniowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma. Brak określenia Alokacji Składki ubezpieczeniowej w tym terminie należy rozumieć, jako odmowę zawarcia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego w rozumieniu § 4 ust. 13 SWU. W przypadku, gdy Ubezpieczony określi Alokację Składki ubezpieczeniowej tak, że suma wskazań nie wynosi 100%, Towarzystwo zwróci się do Ubezpieczonego pisemnie z prośbą o określenie Alokacji Składki ubezpieczeniowej, podając termin na określenie Alokacji Składki ubezpieczeniowej, nie krótszy niż 7 dni od dnia otrzymania przez Ubezpieczonego pisma. W przypadku braku odpowiedzi na pismo, o którym mowa w zdaniu poprzednim, 100% wpłaconej Składki ubezpieczeniowej lokowane jest w Fundusz Bezpieczny. Aktualny Wykaz Funduszy zamieszczony jest na stronie www.compensa.pl.

3. Po upływie 30 dni od dnia początku Okresu ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo do zmiany Alokacji Składki ubezpieczeniowej.

4. Ubezpieczony może złożyć pisemne oświadczenie o zmianie Alokacji Składki ubezpieczeniowej. Oświadczenie doręczone do Siedziby Towarzystwa w danym miesiącu wywołuje skutek na tę Wycenę, która ma miejsce w ostatnim dniu tego miesiąca lub miesiąca późniejszego wskazanego przez Ubezpieczonego w oświadczeniu.

§ 13. ZASADY WYCENY JEDNOSTKI UCZESTNICTWA

1. Instrumenty finansowe stanowiące lokaty Funduszu wyceniane są zgodnie z zasadami rachunkowości zakładów ubezpieczeń. Wyceny aktywów inwestowanych zgodnie z Regulaminem Funduszu dokonuje się według wartości aktywów ustalonej na koniec ostatniego dnia każdego miesiąca kalendarzowego (dzień wyceny). Wartość aktywów inwestowanych zgodnie z Regulaminem Funduszu ustala się poprzez zsumowanie wartości wszystkich aktywów i pomniejszenie o opłatę limitowaną za zarządzanie funduszem oraz o opłaty nielimitowane związane z transakcjami i przechowywaniem papierów wartościowych. Wysokość opłaty limitowanej jest określona w § 16 ust. 4 SWU jako wartość procentowa aktywów Funduszu. Pomniejszenie o opłatę limitowaną odbywa się w Dniu każdej wyceny wartości Funduszu kapitałowego, proporcjonalnie do okresu, za jaki ta Wycena jest dokonywana.

2. Cena Jednostki uczestnictwa danego Funduszu ustalana jest z częstotliwością określoną w Regulaminie Funduszu i obowiązuje od Dnia wyceny do dnia poprzedzającego następną Wycenę.

3. Zasady Wyceny Jednostek danego Funduszu określa Regulamin Funduszu.

4. Towarzystwo ogłasza Ceny Jednostek uczestnictwa na swojej stronie internetowej www.compensa.pl.

5. Towarzystwo będzie przekazywało Ubezpieczającemu przynajmniej

raz w miesiącu informację w zakresie bieżącej wartości Jednostek uczestnictwa Funduszy będących w ofercie Towarzystwa.

§ 14. ZASADY ADMINISTROWANIA JEDNOSTKAMI UCZESTNICTWA

1. Zakup Jednostek uczestnictwa danego Funduszu odbywa się po Cenie Jednostki uczestnictwa danego Funduszu ustalonej na koniec Dnia wyceny, na której dokonano zakupu Jednostek uczestnictwa za daną Składkę ubezpieczeniową.

2. Zakupu Jednostek uczestnictwa dokonuje się na pierwszy dzień miesiąca, w którym Składka ubezpieczeniowa jest wymagana, niezależnie od daty zapłacenia Składki.

3. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo do dokonania Konwersji Jednostek uczestnictwa. Dyspozycję Konwersji Jednostek Ubezpieczony powinien złożyć, w miarę możliwości, na formularzu Towarzystwa do Siedziby Towarzystwa.

4. Umorzenie i zakup Jednostek uczestnictwa odbywa się w dniu najbliższej Wyceny Jednostek uczestnictwa następującej bezpośrednio po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa pisemnego wniosku, o którym mowa w ust. 3 powyżej, po odpowiednich dla danych Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych Cenach Jednostek ustalonych na koniec Dnia wycen, na których dokonano operacji umorzenia i zakupu Jednostek.

5. Konwersja Jednostek uczestnictwa może nastąpić w dniu późniejszej wyceny, wskazanej przez Ubezpieczonego w oświadczeniu, z uwzględnieniem Cen Jednostek ustalonych w dniu tej Wyceny.

§ 15. OPŁATY POBIERANE Z INDYWIDUALNEGO RACHUNKU

1. Towarzystwo pobiera opłatę z tytułu administrowania Funduszem kapitałowym, której wysokość określa § 16 ust. 1 SWU. Opłata ta pobierana jest każdego miesiąca z Indywidualnego rachunku poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej w dniu ostatniej Wyceny Jednostek uczestnictwa poprzedzającej miesiąc, za który pobierana jest opłata. Wysokość opłaty z tytułu administrowania Funduszem kapitałowym jest ustalana przez Towarzystwo, jako wartość procentowa Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku i podana jest w stosunku miesięcznym.

2. Towarzystwo pobiera opłatę administracyjną z tytułu prowadzenia Indywidualnego rachunku Jednostek uczestnictwa, której wysokość określa § 16 ust. 1 SWU. Opłata ta pobierana jest każdego miesiąca z Indywidualnego rachunku poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej w dniu ostatniej Wyceny Jednostek uczestnictwa poprzedzającej miesiąc, za który pobierana jest opłata. Wysokość opłaty jest ustalana przez Towarzystwo w walucie polskiej.

3. Towarzystwo nie pobiera opłat z tytułu zmian Alokacji Składki ubezpieczeniowej oraz opłat z tytułu Konwersji Jednostek uczestnictwa.

4. Raz w miesiącu Towarzystwo pobiera opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej (opłatę za ochronę ubezpieczeniową). Opłata ta pobierana jest z Indywidualnego rachunku poprzez umorzenie odpowiedniej liczby Jednostek uczestnictwa po Cenie Jednostki uczestnictwa ustalonej w dniu ostatniej Wyceny Jednostek uczestnictwa, poprzedzającej okres, za który pobierana jest opłata.

5. Opłata za ochronę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 powyżej, jest obliczana w oparciu o różnicę pomiędzy sumą ubezpieczenia a wartością Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku, gdy różnica ta jest dodatnia.



6. Wysokość opłaty za ochronę ubezpieczeniową, o której mowa w ust. 4 powyżej, ustalana jest na zasadach określonych w ust. 5 powyżej oraz na podstawie taryfy Towarzystwa, wskazanej w § 16 ust. 2 SWU, w zależności od:

1) aktualnego wieku Ubezpieczonego,

2) stanu zdrowia Ubezpieczonego.

7. Opłaty, o których mowa w ust. 1-2 powyżej i 4 powyżej, pobierane są z góry, tj. na początku miesiąca kalendarzowego, za który dana opłata jest pobierana.

8. W przypadku dokonywania całkowitego Wykupu lub częściowego Wykupu, Towarzystwo nie pobiera opłat związanych z umorzeniem Jednostek.

9. Opłata, o której mowa w ust. 2 powyżej, podlega indeksacji według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych obliczonych na podstawie ogłaszanych przez Główny Urząd Statystyczny (GUS) wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych za kolejne miesiące kalendarzowe. Towarzystwo podejmie decyzję o indeksacji opłat, jeżeli wartość skumulowanych wskaźników za okres, w którym nie dokonywano indeksacji, wyniesie mniej niż 0,9 lub więcej niż 1,1. Po raz pierwszy indeksacja opłat może być dokonana według skumulowanych wskaźników cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanych począwszy od wskaźnika za styczeń 2017 roku, o ile zostanie spełniony warunek określony w zdaniu drugim. Zmieniona w wyniku indeksacji opłata obowiązuje od początku miesiąca następującego po miesiącu ogłoszenia przez GUS tego wskaźnika, który powoduje przekroczenie wyznaczonych w zdaniu drugim wartości. Towarzystwo może odstąpić od indeksowania opłaty.

§ 16. WYSOKOŚĆ POBIERANYCH OPŁAT ORAZ WYSOKOŚĆ MINIMALNEJ SUMY UBEZPIECZENIA

1. Opłaty związane z prowadzeniem Umowy ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym określa Tabela nr 1 poniżej.

Tabela nr 1

Rodzaj kosztów	Opłata	Uwagi
Koszty administracyjne prowadzenia Indywidualnego rachunku Jednostek uczestnictwa	1,00 PLN	Opłata naliczana miesięcznie
Koszty administrowania Funduszem	0,125% aktywów powstałych z zainwestowania składek wpłacanych przez pierwsze dwa lata ubezpieczenia, opłata pobierana w okresie pierwszych dwóch lat ubezpieczenia	Opłata naliczana miesięcznie
	0,1% wartości wszystkich aktywów zgromadzonych na rachunku w chwili pobierania opłaty, opłata pobierana od drugiej Roczniczy ubezpieczenia	

2. Taryfę stosowaną do naliczania opłat za ochronę ubezpieczeniową określa Tabela nr 2 poniżej.

Tabela nr 2 – Tabela jednostkowych rocznych stawek opłat.

Wiek	Stawka	Wiek	Stawka
0	0,016 350	51	0,006 360
1	0,000 945	52	0,006 870
2	0,000 630	53	0,007 410
3	0,000 435	54	0,008 010
4	0,000 360	55	0,008 625
5	0,000 345	56	0,009 300
6	0,000 330	57	0,010 050
7	0,000 285	58	0,010 905
8	0,000 255	59	0,011 910
9	0,000 240	60	0,013 110
10	0,000 225	61	0,014 535
11	0,000 225	62	0,016 200
12	0,000 270	63	0,018 075
13	0,000 330	64	0,020 100
14	0,000 405	65	0,022 275
15	0,000 465	66	0,024 600
16	0,000 495	67	0,027 150
17	0,000 510	68	0,030 030
18	0,000 510	69	0,033 345
19	0,000 495	70	0,037 260
20	0,000 495	71	0,041 805
21	0,000 480	72	0,046 950
22	0,000 495	73	0,052 725
23	0,000 525	74	0,058 965
24	0,000 540	75	0,065 700
25	0,000 555	76	0,073 110
26	0,000 570	77	0,081 450
27	0,000 600	78	0,091 140
28	0,000 645	79	0,102 345
29	0,000 705	80	0,115 095
30	0,000 765	81	0,129 330
31	0,000 840	82	0,144 330
32	0,000 915	83	0,160 125
33	0,001 020	84	0,176 805
34	0,001 125	85	0,193 785
35	0,001 275	86	0,213 765
36	0,001 425	87	0,235 335
37	0,001 605	88	0,258 555
38	0,001 815	89	0,283 455
39	0,002 040	90	0,310 095
40	0,002 295	91	0,338 475
41	0,002 580	92	0,368 610
42	0,002 880	93	0,400 500
43	0,003 195	94	0,434 100
44	0,003 525	95	0,469 410
45	0,003 855	96	0,506 325
46	0,004 200	97	0,544 785
47	0,004 575	98	0,584 370
48	0,004 965	99	0,625 845
49	0,005 400	100	0,668 175
50	0,005 865		



3. Suma ubezpieczenia ustalona przez Towarzystwo wynosi 1 000 PLN.
4. Opłata limitowana za zarządzanie funduszem kapitałowym jest zróżnicowana w zależności od funduszu i wynosi w przypadku:
 - 1) Funduszu „Bezpiecznego” – do 2%,
 - 2) Funduszu „Akcji” – do 3%,
 - 3) Funduszu „Zrównoważonego” – do 2,5% w stosunku rocznym.

§ 17. CZĘŚCIOWY WYKUP

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo częściowego Wykupu. Wniosek o częściowy Wykup może być złożony nie wcześniej niż po upływie 5 lat kalendarzowych, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, konieczna jest zgoda Ubezpieczającego na dokonanie częściowego Wykupu.
3. W terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o częściowy Wykup, Towarzystwo dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa z Indywidualnego rachunku w liczbie odpowiadającej kwocie częściowego Wykupu określonej przez Ubezpiezonego we wniosku.
4. Jeżeli dokonanie częściowego Wykupu miałoby spowodować zmniejszenie wartości Jednostek uczestnictwa pozostałych na Indywidualnym rachunku do wysokości mniejszej niż 500 PLN (minimalna wartość Rachunku), Towarzystwo zaniecha dokonania częściowego Wykupu i proponuje dokonanie częściowego Wykupu w odpowiednio mniejszej wysokości lub dokonanie całkowitego Wykupu. Termin 30 dni, o którym mowa w ust. 3 powyżej, może wówczas ulec wydłużeniu o czas niezbędny do zakończenia dokonywania ustaleń z Ubezpieczonym.
5. Umorzenie Jednostek uczestnictwa odbywa się po Cenie Jednostek uczestnictwa z najbliższego Dnia Wyceny Jednostek uczestnictwa następującego bezpośrednio po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa pisemnego wniosku o częściowy Wykup, albo odpowiedzi na propozycję, o których mowa w ust. 4 powyżej, w sytuacji tam określonej.
6. W terminie 7 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpiezonego, przelewu kwoty uzyskanej w wyniku operacji opisanej w ust. 3-5 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpiezonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym. Jeżeli kwota, o której mowa w zdaniu pierwszym, będzie niższa niż 100 PLN (minimalna kwota przelewu), Towarzystwo wstrzyma wypłatę, o czym bezzwłocznie poinformuje Ubezpiezonego.
7. W przypadku wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o częściowy Wykup po terminie wpływu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci albo w przypadku, gdy obydwa wnioski wpłyną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia, natomiast wniosek o częściowy Wykup pozostanie bez rozpoznania, jako bezprzedmiotowy.

§ 18. CAŁKOWITY WYKUP

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo całkowitego Wykupu. Wniosek o całkowity Wykup może być złożony nie wcześniej niż po upływie 5 lat kalendarzowych, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.
2. Jeżeli Ubezpieczony nie jest Ubezpieczającym, konieczna jest zgoda Ubezpieczającego na dokonanie całkowitego Wykupu.
3. W terminie nie dłuższym niż 30 dni od daty doręczenia do Siedziby Towarzystwa wniosku o całkowity Wykup, Towarzystwo dokona umorzenia

wszystkich Jednostek uczestnictwa z Indywidualnego rachunku.

4. Umorzenie jednostek uczestnictwa odbywa się po Cenie Jednostek uczestnictwa z Dnia najbliższej Wyceny jednostek uczestnictwa następującej bezpośrednio po doręczeniu do Siedziby Towarzystwa pisemnego wniosku o całkowity Wykup.
5. W ciągu 7 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpiezonego, przelewu kwoty uzyskanej w wyniku operacji opisanej w ust. 3-4 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpiezonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.
6. Z kwoty pieniężnej powstałej w wyniku umorzenia Jednostek uczestnictwa potrącony jest podatek, o ile jest należny.
7. W przypadku wpływu do Siedziby Towarzystwa wniosku o całkowity Wykup po terminie wpływu wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu śmierci albo w przypadku, gdy obydwa wnioski wpłyną do Siedziby Towarzystwa w tym samym dniu, rozpatrzony zostanie jedynie wniosek o wypłatę Świadczenia, natomiast wniosek o częściowy Wykup pozostanie bez rozpoznania, jako bezprzedmiotowy.

§ 19. ZMIANA UMOWY UBEZPIECZENIA NA UMOWĘ UBEZPIECZENIA BEZSKŁADKOWEGO Z MINIMALNĄ SUMĄ UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczającemu opłacającemu Składkę ubezpieczeniową przysługuje prawo do zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może złożyć do Siedziby Towarzystwa wniosek o zmianę Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia i ograniczonym zakresem odpowiedzialności, nie wcześniej niż w drugą Rocznicę ubezpieczenia, o ile opłacono wszystkie składki należne za pierwsze 2 lata Okresu ubezpieczenia.
3. Umowa ubezpieczenia zostaje zmieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia i ograniczonym zakresem odpowiedzialności również w sytuacji, o której mowa w § 11 ust. 2 pkt 1 SWU.
4. Od dnia zmiany Umowy ubezpieczenia na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia i ograniczonym zakresem odpowiedzialności:
 - 1) suma ubezpieczenia jest równa minimalnej sumie ubezpieczenia, o której mowa w § 16 ust. 3 SWU,
 - 2) ustaje obowiązek opłacania Składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczającego.
5. Umowa ubezpieczenia zostaje zmieniona na umowę ubezpieczenia z minimalną sumą ubezpieczenia i ograniczonym zakresem odpowiedzialności z pierwszym dniem okresu następującego po ostatnim dniu okresu, za który zapłacono Składkę ubezpieczeniową w pełnej wysokości.

§ 20. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający, niebędący przedsiębiorcą, może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty jej zawarcia, a Ubezpieczający będący przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni od daty jej zawarcia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie.



2. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Po otrzymaniu oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Towarzystwo dokona umorzenia wszystkich Jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym rachunku zgodnie z zasadami określonymi w ust. 3-5 poniżej.

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

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

5. W ciągu 7 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego, przelewu kwoty uzyskanej w wyniku operacji opisanej w ust. 3-4 poniżej, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 15 ust. 1-2 SWU) oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową (§ 15 ust. 4 SWU).

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

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

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 60 dni licząc od daty otrzymania od Towarzystwa po raz pierwszy zgodnie z § 8 ust. 3 SWU, informacji o wartości Wykupu, w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

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

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

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

5. W ciągu 7 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa, Towarzystwo dokona, zgodnie z dyspozycją Ubezpieczonego, przelewu kwoty uzyskanej w wyniku operacji opisanej w ust. 2-4 powyżej, na rachunek bankowy Ubezpieczonego lub złoży dyspozycję dokonania przekazu w urzędzie pocztowym.

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 15 ust. 1-2 SWU) oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową (§ 15 ust. 4 SWU).

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

§ 22. WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA PO PIERWSZEJ INFORMACJI ROCZNICOWEJ

1. W przypadku gdy Ubezpieczający jest osobą inną niż Ubezpieczony, Ubezpieczony w terminie 60 dni od dnia otrzymania, zgodnie z § 8 ust. 3 i 4 SWU, po raz pierwszy informacji o wartości Wykupu ma prawo do wystąpienia z Umowy ubezpieczenia ze skutkiem odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia.

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

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

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

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

6. Ponadto Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu proporcjonalną część opłat za prowadzenie Umowy ubezpieczenia (§ 15 ust. 1-2 SWU) oraz opłaty za ochronę ubezpieczeniową (§ 15 ust. 4 SWU).

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

§ 23. COFNIĘCIE PRZEZ UBEZPIECZONEGO ZGODY NA OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

1. Ubezpieczony, który jest inną osobą niż Ubezpieczający, może w każdym czasie cofnąć zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w drodze doręczenia do Siedziby Towarzystwa pisemnego oświadczenia o cofnięciu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

2. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego do Towarzystwa oświadczenia o cofnięciu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w okresie przed drugą Rocznicą ubezpieczenia, jednak nie później niż na 30 dni przed drugą Rocznicą ubezpieczenia, Umowa ubezpieczenia może zostać zamieniona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego pod warunkiem opłacenia Składek ubezpieczeniowych za pierwsze 2 lata Okresu ubezpieczenia, stosownie do § 11 ust. 2 pkt 1 SWU, przy czym całkowity lub częściowy Wykup będzie możliwy nie wcześniej niż po upływie 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.

3. W przypadku złożenia przez Ubezpieczonego do Towarzystwa oświadczenia o cofnięciu zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową w okresie przed drugą Rocznicą ubezpieczenia, jednak nie później niż na 30 dni przed drugą Rocznicą ubezpieczenia, Ubezpieczony może, na podstawie odrębnego porozumienia z Towarzystwem, wstąpić w prawa i obowiązki strony Umowy ubezpieczenia – Ubezpieczającego, z jednoczesnym obowiązkiem opłacania należnych Składek ubezpieczeniowych, przy czym miesięczna Składka ubezpieczeniowa nie może być niższa niż 50 PLN, a całkowity lub częściowy Wykup będzie możliwy nie wcześniej niż po upływie 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.



4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 powyżej, Ubezpieczony może wstąpić w prawa i obowiązki strony Umowy ubezpieczenia – Ubezpieczającego, w terminie do 30 dni od daty zaprzestania przez Ubezpieczającego opłacania Składek ubezpieczeniowych.

5. Każdorazowa zmiana wysokości Składki ubezpieczeniowej przy indywidualnej kontynuacji przez Ubezpieczonego przed drugą Rocznicą ubezpieczenia wymaga pisemnej zgody Towarzystwa.

6. Jeżeli Umowa ubezpieczenia nie zostanie przekształcona na umowę ubezpieczenia bezskładkowego z minimalną sumą ubezpieczenia, a Ubezpieczony nie przejmie obowiązku opłacania Składek ubezpieczeniowych, Umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu, stosownie do postanowień § 11 ust. 2 pkt 2 SWU.

§ 24. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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

2. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia Składki za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej, w szczególności w okresie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia.

3. W okresie wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia Towarzystwo pobiera opłaty, o których mowa w § 15 SWU.

4. Po upływie okresu wypowiedzenia, nie później jednak niż w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo dokona całkowitego Wykupu na rzecz Ubezpieczonego, na zasadach określonych w § 18 SWU, na ostatni Dzień wyceny przypadający w okresie wypowiedzenia.

§ 25. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w najwcześniejszym z dni:

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

2) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia – na skutek wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,

3) w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia – na skutek wystąpienia z Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczonego,

4) z zachowaniem postanowień § 23 ust. 2 i 3 SWU, w dniu doręczenia do Siedziby Towarzystwa oświadczenia o cofnięciu przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową – na skutek cofnięcia przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ochroną ubezpieczeniową.

2. Ponadto Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:

1) w sytuacji określonej w § 11 ust. 2 pkt 2 SWU,

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

3) w dniu, w którym dokonano umorzenia ostatnich Jednostek spośród wszystkich zgromadzonych na Indywidualnym rachunku Ubezpieczonego – na skutek dokonania całkowitego Wykupu,

4) w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, w którym wartość Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku nie wystarcza na pokrycie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia – na skutek braku Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym rachunku Ubezpieczonego na pokrycie opłat przewidzianych w Umowie ubezpieczenia.

§ 26. WZNOWIENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Na wniosek Ubezpieczającego rozwiązana Umowa ubezpieczenia może być wznowiona, z zastrzeżeniem ust. 2-5 poniżej.

2. Prawo, o którym mowa w ust. 1 powyżej, przysługuje w okresie pierwszych dwóch lat od dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia w sytuacji określonej w § 11 ust. 2 pkt 2 SWU.

3. Wyrażenie zgody na wznowienie Umowy ubezpieczenia, Towarzystwo może uzależnić od wyników ponownej oceny ryzyka. Wyrażając zgodę, o której mowa w zdaniu pierwszym, Towarzystwo określa warunki tej zmiany.

4. Towarzystwo może odmówić wyrażenia zgody, o której mowa w ust. 3 powyżej.

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

§ 27. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Osoba uprawniona do Świadczenia powinna niezwłocznie zawiadomić Towarzystwo o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością Towarzystwa.

2. Świadczenie z tytułu zdarzenia objętego Umową ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę Świadczenia. Wniosek składany jest, w miarę możliwości, na formularzu Towarzystwa.

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

4. 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.

5. Do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć wszelkie dokumenty, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia oraz potwierdzające prawo do otrzymania Świadczenia, a w szczególności:

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

2) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,

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

4) dokumenty wydane w postępowaniu prowadzonym przez policję lub prokuraturę mające na celu wyjaśnienie okoliczności zgonu Ubezpieczonego: raport policji, protokół powypadkowy oraz dane adresowe jednostki policji i siedziby prokuratury prowadzących czynności wyjaśniające okoliczności zgonu Ubezpieczonego, o ile takie czynności były prowadzone,



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

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

6. Jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, Towarzystwo może zwrócić się do osoby składającej wniosek, o którym mowa w ust. 2 powyżej, o potwierdzenie przez polską placówkę dyplomatyczną dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia. Towarzystwo może żądać dostarczenia tłumaczeń przedstawionych dokumentów na język polski, sporządzonych przez tłumacza przysięgłego.

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

8. 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.

9. Wypłata Świadczenia następuje najpóźniej 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.

10. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 9 powyżej zdanie pierwsze, Towarzystwo nie wypłaci Świadczenia, zawiadamia na piśmie:

1) osobę zgłaszającą roszczenie oraz

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

11. 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.

12. 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.

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

14. Sposób:

1) udostępniania informacji i dokumentów, o których mowa w ust. 12 powyżej,

2) zapewniania możliwości pisemnego potwierdzania udostępnianych zgodnie z ust. 12 powyżej informacji,

3) zapewniania możliwości sporządzania kserokopii dokumentów i potwierdzania ich zgodności z oryginałem zgodnie z ust. 12 powyżej, – nie może wiązać się z nadmiernymi utrudnieniami dla osób, o których mowa w ust. 12 powyżej.

15. Koszty sporządzenia kserokopii oraz udostępniania informacji i dokumentów w postaci elektronicznej, ponoszone przez osoby, o których mowa w ust. 12 powyżej, nie mogą odbiegać od przyjętych w obrocie zwykłych kosztów wykonywania tego rodzaju usług.

16. Towarzystwo przechowuje informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 12 powyżej, do czasu upływu terminu przedawnienia roszczeń z Umowy ubezpieczenia.

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

§ 28. DOKONYWANIE ZMIAN, ZAWIADOMIEN I SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ

1. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z Umową ubezpieczenia, powinny być dokonywane na piśmie.

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

3. Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia są dokonywane za porozumieniem obu stron i wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

4. 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 w formie papierowej od Towarzystwa, tak aby Ubezpieczony miał możliwość pełnego zapoznania się z nimi.

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

6. 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.

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



Świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy ubezpieczenia.

8. W przypadku, gdy Ubezpieczający i Ubezpieczony są różnymi osobami, Ubezpieczający zobowiązany jest przekazać informacje wskazane w ust. 7 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.

9. 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.

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

11. 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.

12. 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.

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

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

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

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

§ 29. AKTY PRAWNE STOSOWANE W SPRAWACH NIEUREGULOWANYCH W UMOWIE

1. Do Umów ubezpieczenia stosuje się prawo Rzeczypospolitej Polskiej, w szczególności przepisy Kodeksu cywilnego i ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

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

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

a) (Specyfikacja źródeł przychodów): Art. 10 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz. U. z 2012 r. poz. 361 ze zm.) w brzmieniu: „Źróżłami przychodów są: (...) kapitały pieniężne i prawa majątkowe, w tym odpłatne zbycie praw majątkowych innych niż wymienione w pkt 8 lit. a–c;”,

b) (Przychody z kapitałów pieniężnych): Art. 17 ust. 1 pkt 5 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Za przychody z kapitałów

pieniężnych uważa się: (...) 5) przychody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, z zastrzeżeniem ust. 1c;”,

c) (Fundusze parasolowe): Art. 17 ust. 1c ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu:

„1c. Nie ustala się przychodu z tytułu umorzenia Jednostek uczestnictwa subfunduszu funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, w przypadku zamiany Jednostek uczestnictwa subfunduszu na Jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego, dokonanej na podstawie ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (t.j. Dz.U. z 2014 r. poz. 157 ze zm.)”,

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

„Art. 21 ust. 1. Wolne od podatku dochodowego są:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

„Dochodem z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia na życie lub dożycie, zawartą na podstawie odrębnych przepisów, w której świadczenie zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia jest:

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

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

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

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



f) (Stawka podatku): art. 30a ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu:

„Od uzyskanych dochodów (przychodów) pobiera się 19% zryczałtowany podatek dochodowy, z zastrzeżeniem art. 52a:

5) od dochodu z tytułu udziału w funduszach kapitałowych;

5a) od dochodu z tytułu umów ubezpieczenia, o którym mowa w art. 24 ust. 15a”;

g) (Zwolnienie dochodów kapitałowych z polis zawartych przed 1 grudnia 2001 r.): Art. 52a ust. 1 pkt 3, ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Zwalnia się od podatku dochodowego: (...) dochody z tytułu udziału w funduszach kapitałowych, o których mowa w art. 30a ust. 1 pkt 5, jeżeli dochody te są wypłacane podatnikowi na podstawie umów zawartych lub zapisów dokonanych przez podatnika przed dniem 1 grudnia 2001 r.; zwolnienie nie dotyczy dochodów uzyskanych w związku z przystąpieniem podatnika do programu oszczędzania z funduszem kapitałowym, bez względu na formę tego programu – w zakresie dochodów z tytułu wpłat (wkładów) do funduszu dokonanych począwszy od dnia 1 grudnia 2001 r. (...)”;

h) (Towarzystwo Ubezpieczeń, jako płatnik podatku osoby ubezpieczonej z funduszem kapitałowym): Art. 41 ust. 4d ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Zryczałtowany podatek dochodowy od dochodów (przychodów), o których mowa w art. 30a ust. 1 pkt 4, w zakresie dywidendy oraz dochodów (przychodów) określonych w art. 24 ust. 5 pkt 1, 3 lub 6, a także zryczałtowany podatek dochodowy, o którym mowa w art. 30a ust. 1 pkt 2 i 5, pobierają, jako płatnicy, podmioty prowadzące rachunki papierów wartościowych dla podatników, jeżeli dochody (przychody) te zostały uzyskane na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i wiążą się z papierami wartościowymi zapisanymi na tych rachunkach, a wypłata świadczenia na rzecz podatnika następuje za pośrednictwem tych podmiotów.”;

2) Przepisy z zakresu opodatkowania podatkiem dochodowym od osób prawnych:

a) (Definicja przychodów należnych): art. 12 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz. U. z 2014 r. poz. 851 ze zm.), w brzmieniu: „Przychodami, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz art. 14, są w szczególności otrzymane pieniądze, wartości pieniężne, w tym różnice kursowe.”;

b) (Przychody należne bez odkupywania Jednostek uczestnictwa): Art. 12 ust. 1 pkt 4a ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przychodami (...) są w szczególności (...) dla uczestników funduszy inwestycyjnych – otrzymane dochody funduszu, w przypadku, gdy statut przewiduje wypłacanie tych dochodów bez odkupywania Jednostek uczestnictwa albo wykupywania certyfikatów inwestycyjnych”;

c) (Fundusze parasolowe): Art. 12 ust. 4 pkt 20 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Do przychodów nie zalicza się: (...) przychodów z tytułu umorzenia Jednostek uczestnictwa subfunduszu funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, w przypadku zamiany Jednostek uczestnictwa subfunduszu na Jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego, dokonanej zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”;

d) (Koszty uzyskania przychodu): Art. 16 ust. 1 pkt 8 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Nie uważa się za koszty uzyskania przychodu (...) wydatków na objęcie lub nabycie udziałów albo wkładów w spółdzielni, udziałów (akcji) oraz papierów wartościowych, a także wydatków na nabycie tytułów uczestnictwa w funduszach kapitałowych; wydatki takie są jednak kosztem uzyskania przychodu z odpłatnego zbycia tych udziałów (akcji) oraz papierów wartościowych, w tym z tytułu wykupu przez emitenta papierów wartościowych, a także z odkupienia

albo umorzenia tytułów uczestnictwa w funduszach kapitałowych, z zastrzeżeniem ust. 7e;”;

e) (Skutki kosztowe przy zamianie Jednostek uczestnictwa subfunduszy – fundusze parasolowe): Art. 16 ust. 7e ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przepisu ust. 1 pkt 8 zdanie po średniku nie stosuje się przy zamianie Jednostek uczestnictwa subfunduszu na Jednostki uczestnictwa innego subfunduszu tego samego funduszu inwestycyjnego z wydzielonymi subfunduszami, dokonanej zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”;

f) (Fundusze kapitałowe): Art. 16 ust. 7f ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: „Przez fundusze kapitałowe, o których mowa w ust. 1 pkt 8, rozumie się fundusze inwestycyjne oraz fundusze zagraniczne, o których mowa w ustawie z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych.”;

g) (Koszty uzyskania przychodu pracodawcy): Art. 16 ust. 1 pkt 59 ustawy wskazanej wyżej w pkt a), w brzmieniu: “Nie uważa się za koszty uzyskania przychodów (...) składek opłaconych przez pracodawcę z tytułu zawartych lub odnowionych umów ubezpieczenia na rzecz pracowników, z wyjątkiem umów dotyczących ryzyka, o którym mowa w dziale I w grupach 1, 3 i 5 oraz w dziale II w grupach 1 i 2 załącznika do ustawy z dnia 1 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1844), jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia nie jest pracodawca i umowa ubezpieczenia w okresie 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto lub odnowiono, wyklucza:

i. wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,

ii. możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,

iii. wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie;”;

h) (Stawka podatku dochodowego od osób prawnych): art. 19 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt a), w brzmieniu: „Podatek, z zastrzeżeniem art. 21, art. 22 i art. 24a wynosi 19% podstawy opodatkowania”.

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

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

2. Skargę lub zażalenie można złożyć w formie:

1) pisemnej:

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

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

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

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

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

2) adres osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającej skargę lub zażalenie,

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



- 4) PESEL/REGON,
- 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).
4. Na żądanie osoby, o której mowa 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, o której mowa w ust. 1 powyżej, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie skargi lub zażalenia.
7. Odpowiedź Towarzystwa na skargę lub zażalenie udzielana jest w formie pisemnej, chyba, że uzgodniono z osobą, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającą skargę lub zażalenie, inną formę odpowiedzi.
8. Jeśli życzeniem osoby, o której mowa 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, o której mowa w ust. 1 powyżej, składająca skargę lub zażalenie, ma prawo odwołać się do Towarzystwa.
10. Niezależnie od trybu rozpatrywania skarg lub zażaleń, wskazanego w ust. 1 – 9 powyżej, osobie, o której mowa 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, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającej skargę lub zażalenie.
12. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§ 31. 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, o których mowa w ust. 1 powyżej.
3. Osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, może złożyć Reklamację w formie:
 - 1) pisemnej – składając osobiście pismo w jednostce, o której mowa

- 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, o której mowa w ust. 2 powyżej,
- 3) w formie elektronicznej na adres e-mail: reklamacje@compensazycie.com.pl.
4. Na żądanie osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającej Reklamację Towarzystwo potwierdza fakt złożenia Reklamacji na piśmie lub w inny sposób uzgodniony z tą osobą.
5. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia Reklamacji, Reklamacja powinna zawierać:
 - 1) imię i nazwisko (nazwa firmy) osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającej Reklamację,
 - 2) adres osoby, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającej Reklamację,
 - 3) informację, czy osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, składająca Reklamację, wyraża zgodę na otrzymywanie odpowiedzi drogą elektroniczną, a jeżeli tak – również adres e-mail, na który odpowiedź ma zostać przesłana,
- 4) PESEL/REGON,
- 5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).
6. Z zachowaniem postanowień ust. 7 powyżej, 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, o którym mowa w ust. 6 powyżej, Towarzystwo w informacji przekazanej osobie, o której mowa 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, o której mowa w ust. 1 powyżej, zastrzeżeń ułatwi i przyspieszy rzetelne rozpatrzenie Reklamacji.
9. Odpowiedzi na Reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, doręczając ją drogą pocztową, za pośrednictwem posłańca lub kuriera, chyba że osoba, o której mowa 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, o której mowa w ust. 1 powyżej, składającą Reklamację.
10. Po otrzymaniu odpowiedzi na Reklamację rozpatrzoną negatywnie osoba, o której mowa w ust. 1 powyżej, 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 – 9 powyżej, osoba o której mowa 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 pod adresem 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, o której mowa 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.

§ 32. INFORMACJA O WYPŁACALNOŚCI I KONDYCJI FINANSOWEJ

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

§ 33. ZACIĄGANIE ZOBOWIĄZAŃ POD ZASTAW PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zaciągnięcia zobowiązań pod zastaw praw z Umowy ubezpieczenia nie wcześniej niż po upływie 5 lat kalendarzowych, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym zawarto Umowę ubezpieczenia.

§ 34. DATA WEJŚCIA W ŻYCIE SWU

Niniejsze SWU w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą Nr 4/09/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 września 2017 r. wchodzi w życie z dniem 18 września 2017 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2017 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



ANEKS NR I DO SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM O SYMBOLU BRP-4317

§ 1.

Na podstawie niniejszego aneksu, z zachowaniem mocy pozostałych postanowień Szczegółowych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym o symbolu BRP-4317 zatwierdzonych Uchwałą Nr 4/09/2017 Zarządu Compensa Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna Vienna Insurance Group z dnia 18 września 2017 r. i mających zastosowanie do Umów ubezpieczenia, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 listopada 2017 r. lub w terminie późniejszym:

1. w § 2 szczegółowych warunków, o których mowa powyżej, skreśla się ust. 15.

2. dotychczasowy § 30 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 30. SKŁADANIE SKARG I ZAŻALEŃ

1. Podmioty, którym nie przysługuje prawo złożenia reklamacji, zgodnie z postanowieniami § 31 SWU, przysługuje prawo złożenia skargi lub zażalenia.

2. Do skargi lub zażalenia określonych w ust. 1 powyżej zastosowanie znajdują postanowienia § 31 SWU dotyczące reklamacji składanych przez Ubezpieczających, Ubezpieczonych, osoby uprawnione do Świadczenia oraz poszukujących ochrony ubezpieczeniowej będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej, z wyłączeniem § 31 ust. 9 SWU. 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 § 31 otrzymuje następujące brzmienie:

„§ 31. 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, Ubezpieczonego, Uposażonego oraz osoby uprawnionej do Świadczenia będących osobą fizyczną

(w tym również osobą fizyczną wykonującą działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

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

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

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

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

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

4) PESEL/REGON,

5) numer dokumentu ubezpieczenia (numer Polisy).

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

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

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

1) wyjaśnia przyczynę opóźnienia,

2) wskazuje okoliczności, które muszą zostać ustalone do 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 reklamację Towarzystwo udziela w postaci papierowej lub:

1) za pomocą innego trwałego nośnika informacji w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych, jednakże odpowiedź na reklamację może zostać dostarczona osobie składającej reklamację pocztą elektroniczną wyłącznie na jej wniosek - w przypadku Ubezpieczających, Ubezpieczonych, Uposażonych oraz osób uprawnionych do Świadczenia będących osobami fizycznymi (w tym również osobami fizycznymi wykonującymi działalność gospodarczą lub zawodową w ramach tzw. jednoosobowej działalności gospodarczej lub spółki cywilnej),

2) na innym trwałym nośniku informacji w rozumieniu art. 2 pkt 4 ustawy z dnia 30 maja 2014 r. o prawach konsumenta - w przypadku poszukującego ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczającego oraz osoby uprawnionej do



Świadczenia będących osobami prawnymi albo spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.

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

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

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

1) złożyć wniosek o przeprowadzenie przez Rzecznika Finansowego pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego (szczegółowe informacje w tym zakresie dostępne są na stronie internetowej Rzecznika Finansowego: 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 szczegółowych 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 szczegółowych warunków, o których mowa w § 1 niniejszego aneksu, w których początek odpowiedzialności Towarzystwa przypada w dniu 1 kwietnia 2018 r. lub w terminie późniejszym.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu



**WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO
UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP**
dostępnych w Umowie Generalnej z dnia 30.04.2004 r.
(stan na dzień 1 listopada 2017 r.)

L.p.	Fundusze	Waluta	Wycena
1.	Bezpieczny	PLN	Miesięczna
2.	Akcji	PLN	Miesięczna
3.	Zrównoważony	PLN	Miesięczna



REGULAMINY UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH COMPENSA TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE S.A. VIENNA INSURANCE GROUP

dostępnych w Umowie Generalnej z dnia 30.04.2004 r.

(stan na dzień 1 listopada 2017 r.)

I. FUNDUSZ BEZPIECZNY

1) Instrumenty finansowe

a) dłużne papiery wartościowe emitowane lub w pełni gwarantowane przez Skarb Państwa (bony i obligacje skarbowe),

b) depozyty bankowe,

c) niedopuszczone do publicznego obrotu dłużne papiery wartościowe emitowane przez przedsiębiorstwa, instytucje finansowe lub jednostki samorządu terytorialnego.

2) Stopa odniesienia

Stopa Citigroup GBI Poland I-3Y.

3) Cel inwestycyjny

Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie stabilnej stopy zwrotu. Poprzez zarządzanie ryzykiem stopy procentowej, dąży się do osiągnięcia stopy zwrotu wyższej od średniej osiąganej na rynku papierów skarbowych. Ze względu na włączenie do portfela instrumentów, z którymi jest związane także ryzyko kredytowe (pkt I lit. c) w przypadku inwestycji w tego typu dłużne papiery wartościowe preferowane są w celu zmniejszenia ryzyka związanego z tymi papierami, operacje typu buy-sell back (przeniesienie ryzyka wykupu na podmiot oferujący w momencie zawierania transakcji).

4) Alokaacja aktywów, dywersyfikacja lokat i inne ograniczenia inwestycyjne

a) normalna alokacja obejmuje 90% inwestycji w obligacje skarbowe oraz 10% w bony skarbowe i depozyty,

b) dopuszczalne są odchylenia od alokacji normalnej, zgodnie z lit. a), przy zachowaniu min. udziału obligacji skarbowych na poziomie 60% wartości inwestycji,

c) inwestycje w dłużne papiery wartościowe opisane w pkt I lit. c), w tym papiery wartościowe jednego emitenta lub gwarantowane przez jeden podmiot, mogą osiągnąć max. 25% wartości inwestycji,

d) wolne środki pieniężne lokowane w postaci depozytów bankowych mogą osiągnąć max. 5% wartości inwestycji,

e) dopuszcza się lokowanie 100% aktywów w obligacje skarbowe i bony skarbowe.

5) Wycena aktywów

Aktywa Funduszu są wyceniane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, na podstawie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych do tej ustawy, oraz aktów prawnych które je zastępują. Aktywa Funduszu wycenia się, a zobowiązania Funduszu ustala się w Dniu Wyceny według wiarygodnie oszacowanej wartości godziwej.

6) Koszty zarządzania

Koszty zarządzania Funduszem Bezpiecznym wynoszą do 2% aktywów funduszu rocznie.

2. FUNDUSZ AKCJI

1) Instrumenty finansowe

a) Akcje spółek notowanych na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych wchodzących w skład indeksu WIG20. Przez inwestycje w akcje rozumie się także inwestowanie w futures na indeks WIG20 oraz futures na akcje poszczególnych emitentów, z zachowaniem limitów określonych w pkt 4,

b) depozyty bankowe,

c) pozostałe akcje spółek notowanych na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych niewchodzące w skład indeksu WIG20 z ograniczeniami wynikającymi z pkt 4.

2) Stopa odniesienia

Stopa zwrotu z indeksu WIG20.

3) Cel inwestycyjny

Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie wysokiej stopy zwrotu przy akceptacji wysokiego poziomu ryzyka inwestycyjnego związanego z inwestycjami na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych.

4) Alokaacja aktywów, dywersyfikacja lokat i inne ograniczenia inwestycyjne

a) normalna alokacja obejmuje 90% inwestycji w akcje oraz 10% w gotówce dla celów operacyjnych (inwestowanej w krótkoterminowe depozyty bankowe),

b) dopuszczalne są odchylenia od alokacji normalnej, zgodnie z lit. a) przy zachowaniu min. udziału akcji wchodzących w skład indeksu WIG20 na poziomie 60% wartości inwestycji,

c) inwestycje związane z wykorzystywaniem arbitrażu mogą osiągać max. 25% wartości inwestycji,

d) maksymalny udział jednego waloru może osiągnąć max. 20% wartości inwestycji. Futures na WIG20 traktuje się jako portfel spółek wchodzących w skład indeksu WIG20,

e) wszelkie instrumenty pochodne mogą wchodzić w skład portfela, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami.

5) Wycena aktywów

Aktywa Funduszu są wyceniane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, na podstawie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych do tej ustawy, oraz aktów prawnych które je zastępują. Aktywa Funduszu wycenia się, a zobowiązania Funduszu ustala się w Dniu Wyceny według wiarygodnie oszacowanej wartości godziwej.

6) Koszty zarządzania

Koszty zarządzania Funduszem Akcji wynoszą do 3% aktywów funduszu rocznie.

3. FUNDUSZ ZRÓWNOWAŻONY

1) Instrumenty finansowe

a) dłużne papiery wartościowe emitowane lub w pełni gwarantowane przez Skarb Państwa (bony i obligacje skarbowe),

b) akcje spółek notowanych na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych wchodzących w skład indeksu WIG20. Przez inwestycje w akcje rozumie się także inwestowanie w futures na indeks WIG20 oraz futures na akcje poszczególnych emitentów, zachowaniem limitów określonych w pkt 4,

c) depozyty bankowe,

d) niedopuszczone do publicznego obrotu dłużne papiery wartościowe emitowane przez przedsiębiorstwa, instytucje finansowe lub jednostki samorządu terytorialnego,

e) pozostałe akcje spółek notowanych na Warszawskiej Giełdzie Papierów



Wartościowych niewchodzące w skład indeksu WIG20 z ograniczeniami wynikającymi z pkt 4.

2) Stopa odniesienia

60% Citigroup GBI Poland 1-3Y + 40% stopy zwrotu z indeksu WIG20.

3) Cel inwestycyjny

Podstawowym kryterium doboru instrumentów finansowych jest osiągnięcie wyższej stopy zwrotu niż wynikającej z inwestycji w bezpieczne instrumenty dłużne przy jednoczesnej ograniczonej akceptacji wysokiego poziomu ryzyka inwestycyjnego związanego z inwestycjami na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych.

4) Alokacja aktywów, dywersyfikacja lokat i inne ograniczenia inwestycyjne

a) aktywa Funduszu Zrównoważonego są inwestowane w ramach portfela składającego się z dwóch części: dłużnej i akcyjnej,

b) w część dłużną portfela powinno być zainwestowane min. 50% wartości Funduszu Zrównoważonego i max. 70% jego wartości. Strategia inwestycyjna dłużnej części portfela Funduszu Zrównoważonego odpowiada

strategii Funduszu Bezpiecznego, z zastrzeżeniem że operacje arbitrażowe traktuje się tak jak bony i obligacje skarbowe,

c) w część akcyjną portfela powinna zostać zainwestowana min. 30% wartości Funduszu Zrównoważonego i max. 50% jego wartości. Strategia inwestycyjna akcyjnej części portfela Funduszu Zrównoważonego odpowiada strategii Funduszu Akcyjnego,

d) Wszelkie instrumenty pochodne mogą wchodzić w skład portfela, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami.

5) Wycena aktywów

Aktywa Funduszu są wyceniane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, na podstawie odpowiednich aktów wykonawczych wydanych do tej ustawy, oraz aktów prawnych które je zastępują. Aktywa Funduszu wycenia się, a zobowiązania Funduszu ustala się w Dniu Wyceny według wiarygodnie oszacowanej wartości godziwej.

6) Koszty zarządzania

Koszty zarządzania Funduszem Zrównoważonym wynoszą do 2,5% aktywów funduszu rocznie.

Artur Borowiński
Prezes Zarządu

Piotr Tański
Członek Zarządu