

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE KONTO EMERYTALNE AVIVA (IKE/J/7/2016)

§ 1. DEFINICJE

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

- 1) **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych określonej w umowie części wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 2) **częściowy zwrot środków** – wypłata części środków zgromadzonych na IKE na wniosek ubezpieczającego, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego;
- 3) **dzień przyjęcia wpłaty transferowej** – dzień uznania wpłaty transferowej na rachunku bankowym Towarzystwa;
- 4) **dzień wpłaty ubezpieczającego na IKE** – dzień, w którym wpłata ubezpieczającego na IKE zostanie zaalokowana i zapisana na rachunku;
- 5) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka ubezpieczeniowa znajduje się w posiadaniu Towarzystwa, zaś w razie wpłaty składki na rachunek bankowy Towarzystwa dzień uznania wpłaty na tym rachunku;
- 6) **IKE ubezpieczającego** – indywidualne konto emerytalne prowadzone przez Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie umowy zawartej z ubezpieczającym;
- 7) **instytucja finansowa** – fundusz inwestycyjny, podmiot prowadzący działalność maklerską, dobrowolny fundusz emerytalny, zakład ubezpieczeń lub bank prowadzące indywidualne konto emerytalne, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 9) **maksymalna wysokość wpłat na IKE** – maksymalna wysokość wpłat na IKE ustalona zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 10) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 11) **osoba uprawniona** – uposażony, uposażony zastępczy oraz inna osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie śmierci ubezpieczającego;
- 12) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 13) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 14) **program emerytalny** – pracowniczy program emerytalny prowadzony zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 15) **rachunek** – wydzielony pojęciowo dla umowy rachunek jednostek funduszy, na którym jednostki funduszy są zarachowywane i odliczane w przypadkach i w sposób określony w OWU;
- 16) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 17) **rocznica ubezpieczenia** – dzień rozpoczynający drugi i każdy kolejny rok ubezpieczenia, przy czym lata ubezpieczenia są to bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą rejestracji wniosku jest 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego;
- 18) **suma ubezpieczenia** – kwota, którą na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w razie śmierci ubezpieczającego;
- 19) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 20) **ubezpieczający** – osoba, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia i której życia dotyczy umowa ubezpieczenia (ubezpieczony);
- 21) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe lub fundusze** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 22) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie jego śmierci;
- 23) **uposażony zastępczy** – osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie jego śmierci, jeżeli w chwili tej nie ma uposażonych;
- 24) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ustalana jest zgodnie z zasadami i w terminach określonych w opisie danego funduszu;
- 25) **wartość środków zgromadzonych na IKE** – suma wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku;
- 26) **wpłata transferowa:**
 - a) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z innej niż Towarzystwo instytucji finansowej, z którą ubezpieczający uprzednio zawarł umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego,
 - b) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z tą instytucją,
 - c) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z programu emerytalnego;
- 27) **wypłata środków na rzecz ubezpieczającego** – wypłata środków zgromadzonych na IKE:
 - 1) na wniosek ubezpieczającego, po osiągnięciu przez niego wieku 60 (sześćdziesięciu) lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 (pięćdziesiątego piątego) roku życia oraz spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 (pięciu) dowolnych latach kalendarzowych
 - albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 5 (pięć) lat przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;
 - 2) na wniosek ubezpieczającego urodzonego do dnia 31 grudnia 1945 roku, po spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 3 (trzech) dowolnych latach kalendarzowych
 - albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 3 (trzy) lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;
 - 3) na wniosek ubezpieczającego urodzonego w okresie między 1 stycznia 1946 roku a 31 grudnia 1948 roku, po spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 4 (czterech) dowolnych latach kalendarzowych
 - albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat nie później niż na 4 (cztery) lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;wypłata środków na rzecz ubezpieczającego ma miejsce jako wypłata jednorazowa albo jako wypłata w ratach;
- 28) **wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej** – wypłata środków zgromadzonych na IKE w razie śmierci ubezpieczającego na wniosek osoby uprawnionej, o ile nie zaszyły lub nie zachodzą przesłanki do wypłaty trans-

ferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego albo zwrotu środków; wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej ma miejsce jako wypłata jednorazowa albo jako wypłata w ratach;

- 29) **wypłata transferowa na rzecz ubezpieczającego** – przeniesienie przez ubezpieczającego środków zgromadzonych na IKE:
 - a) do innej niż Towarzystwo instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE,
 - b) do programu emerytalnego, do którego przystąpił ubezpieczający,
- 30) **wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej** – przeniesienie przez osobę uprawnioną, w razie śmierci ubezpieczającego, przysługujących jej środków zgromadzonych na IKE do instytucji finansowej, z którą osoba uprawniona zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego lub do programu emerytalnego, o ile nie zaszyły lub nie zachodzą przesłanki do wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego albo zwrotu środków;
- 31) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczającego;
- 32) **zwrot środków** – wypłata całości środków zgromadzonych na IKE w razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy o prowadzenie IKE przez Towarzystwo albo w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, jak też wycofanie środków zgromadzonych na IKE w innych przypadkach wymienionych w OWU jako zwrot środków.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci ubezpieczającego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego równego sumie ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego, powiększonej o ewentualnie nierozliczone składki zgodnie z § 7 ust. 4.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci jest obliczana jako suma wartości środków zgromadzonych na IKE oraz podstawowej sumy ubezpieczenia
3. Podstawowa suma ubezpieczenia wynosi:
 - 1) 3 proc. (trzy procent) wartości rachunku, nie mniej jednak niż 100 (sto) złotych – w przypadku śmierci ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku pod warunkiem, że nastąpiła ona w terminie 180 (stu osiemdziesiątych) dni od daty tego wypadku,
 - 2) 100 (sto) złotych w pozostałych przypadkach.
4. Podstawowa suma ubezpieczenia wynosi zero złotych w razie samobójstwa ubezpieczającego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
5. Suma ubezpieczenia, w części stanowiącej środki zgromadzone na IKE, zostanie wypłacona osobom uprawnionym jako wypłata transferowa na rzecz osób uprawnionych albo jako wypłata środków na rzecz osób uprawnionych, zgodnie z zasadami określonymi odpowiednio w § 9 albo § 11, zaś w pozostałej części – osobom uprawnionym zgodnie z zasadami określonymi w § 10.
6. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczającemu w okresie ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od następnego dnia po zapłaceniu pierwszej składki lub przyjęciu wpłaty transferowej. Pierwszy dzień okresu ubezpieczenia jest wskazany w dokumencie ubezpieczenia, a ostatnim dniem okresu ubezpieczenia jest dzień rozwiązania umowy.

§ 3

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I UMOWY O PROWADZENIE IKE PRZEZ TOWARZYSTWO

1. Umowa ubezpieczenia oraz umowa o prowadzenie IKE przez Towarzystwo zawierane są przez ubezpieczającego łącznie na czas nieokreślony. Ilekroć w OWU mowa jest o umowie należy przez to rozumieć zarówno umowę ubezpieczenia, jak też umowę o prowadzenie IKE przez Towarzystwo.
2. Umowa może zostać zawarta przez osobę fizyczną, która ukończyła 16 (szesnaście) lat w chwili jej zawarcia. Wiek ubezpieczającego, liczony jako liczba lat ukończonych w dniu jego ostatnich urodzin, określa się na dzień rejestracji wniosku. Ubezpieczający może zawrzeć umowę wyłącznie na własną rzecz.
3. Umowa zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego pisemnej oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularzu wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną.
4. Przyjmując wniosek, Towarzystwo dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
5. Przed zawarciem umowy, Towarzystwo o ile nie postanowi inaczej, uzyskuje w formie ankiety, informację dotyczące potrzeb, wiedzy

i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz sytuacji finansowej ubezpieczającego tak, aby mogło dokonać oceny, które z ubezpieczeń będących w ofercie Towarzystwa jest odpowiednie do potrzeb ubezpieczającego. Umowa może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego. W przeciwnym razie umowa może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez ubezpieczającego odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa. Ubezpieczający może odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej.

6. Umowę – na warunkach zgodnych z treścią wniosku – uważa się za zawartą z chwilą sporządzenia przez Towarzystwo dokumentu polisy stanowiącego oświadczenie jego woli o przyjęciu oferty ubezpieczającego, co następuje w terminie 7 (siedmiu) dni od rejestracji wniosku. Towarzystwo dostarcza polisę ubezpieczającemu.
7. Towarzystwo może odmówić zawarcia umowy, w szczególności wówczas, gdy złożony przez ubezpieczającego wniosek nie zawiera wszelkich wymaganych oświadczeń, zawiera postanowienia, które w jakikolwiek sposób zmieniają lub uzupełniają zapisy zamieszczone przez Towarzystwo w treści formularza wniosku, bądź w inny sposób nie spełnia wymagań wynikających z OWU.
8. Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontraoferta). Złożenie kontraoferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach umowy odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7-dniowy (siedmiodniowy) termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontraoferta Towarzystwa została przyjęta, a umowa została zawarta zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu. W razie wniesienia sprzeciwu umowę uważa się za niezawartą.
9. Do czasu zawarcia umowy ubezpieczający może cofnąć złożoną Towarzystwu ofertę. W takim przypadku Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez ubezpieczającego składkę w terminie nie dłuższym niż 30 (trzydzieści) dni od dnia otrzymania oświadczenia o cofnięciu oferty. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się również wówczas, gdy Towarzystwo odmówi zawarcia umowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 7 stosuje się odpowiednio.
10. W jednym czasie ubezpieczający może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy.

§ 4.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Składka ubezpieczeniowa płatna jest zgodnie z wyborem ubezpieczającego jako składka z zadeklarowaną częstotliwością i wysokością albo jako składka bez zadeklarowanej częstotliwości i wysokości. Pierwsza składka powinna być zapłacona przed zawarciem umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień zdań następujących. Jeżeli ubezpieczający składając ofertę zawarcia umowy na formularzu wniosku w formie pisemnej oświadczył, że posiada indywidualne konto emerytalne prowadzone przez inną niż Towarzystwo instytucję finansową i potwierdził, że dokona on wpłaty transferowej, pierwsza składka powinna być zapłacona niezwłocznie po wpływie środków będących przedmiotem wpłaty transferowej z dotychczasowej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego. Postanowienia zdania poprzedzającego nie stosuje się, jeżeli otwarto likwidację instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego, ogłoszono upadłość albo prawomocnie oddalono wniosek o ogłoszenie upadłości lub umorzono postępowanie upadłościowe instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego, jeżeli majątek tej instytucji nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania albo cofnięto zezwolenie na prowadzenie działalności instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne ubezpieczającego na podstawie ostatecznej decyzji organu nadzoru albo takie zezwolenie wygasło.
2. Towarzystwo ustala minimalną wysokość składek, o których mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia w pierwszych 3 (trzech) latach ubezpieczenia sumy składek ubezpieczeniowych w kwocie stanowiącej 100 proc. (sto procent) maksymalnej wysokości wpłat na IKE obowiązującej w roku kalendarzowym, w którym rozpoczęła się ochrona ubezpieczeniowa. Kwota, o której mowa w zdaniu poprzedzającym, ulega zmniejszeniu o kwoty przekazane w ramach wpłaty transferowej.
4. Składki powinny być wpłacane na rachunek bankowy Towarzystwa lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. W przypadku umowy zawieranej na podstawie wniosku elektronicznego pierwsza składka może zostać zapłacona wyłącznie przelewem wykonanym z rachunku bankowego, którego właścicielem jest ubezpieczający. Rachunek bankowy musi

być prowadzony przez bank krajowy lub oddział banku zagranicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe.

§ 5.

SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W razie nieopłacenia składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminie wskazanym w § 4 ust. 3, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty brakującej kwoty, nie wyższej jednak niż maksymalna wysokość wpłat na IKE obowiązująca w roku kalendarzowym, w którym ma być dokonana wpłata, pomniejszona o wpłaty na IKE dokonane w tym roku kalendarzowym.
2. W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy (siedmiodniowy) termin zapłaty, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa, wskazać mu skutki niezapłacenia w tym terminie oraz pouczyć go, że ma prawo dokonania wpłaty transferowej i że zwrotowi podlegają środki zgromadzone na IKE, pomniejszone o należny podatek dochodowy od osób fizycznych, a w razie, gdy na IKE dokonano wpłaty transferowej z programu emerytalnego – również o kwotę stanowiącą 30 proc. (trzydzieści procent) sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.
3. Jeżeli ubezpieczający nie dokona wpłaty w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego. Umowa ubezpieczenia ulega w takim przypadku rozwiązaniu z 14 (czternastym) dniem, licząc od dnia upływu dodatkowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 6

PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Alokacja składki ubezpieczeniowej wynosi 100 proc. (sto procent), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Przed alokacją składki Towarzystwo potrąca opłatę dystrybucyjną, której wysokość jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów, stanowiącym załącznik do OWU.

§ 7.

WPŁATA UBEZPIECZAJĄCEGO NA IKE. WPŁATY TRANSFEROWE

1. Wpłatę ubezpieczającego na IKE stanowi alokowana część składki ubezpieczeniowej.
2. Małoletniemu przysługuje prawo do wpłat na IKE tylko w roku kalendarzowym, w którym uzyskuje dochody z pracy wykonywanej na podstawie umowy o pracę.
3. Suma wpłat ubezpieczającego na IKE w żadnym roku kalendarzowym nie może przekroczyć maksymalnej wysokości wpłat na IKE.
4. Jeżeli suma wpłat na IKE jest wyższa niż maksymalna wysokość wpłaty na IKE w danym roku kalendarzowym, to wpłacone kwoty ponad maksymalną wysokość wpłaty na IKE pozostają nierozliczone do końca tego roku kalendarzowego i alokowane są z pierwszym dniem następnego roku kalendarzowego, do maksymalnej wysokości wpłat na IKE w tym roku kalendarzowym. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio w zakresie nadwyżki wpłaconych kwot nad maksymalną wysokość wpłat na IKE w następnym roku kalendarzowym.
5. Środki przekazane w ramach wpłaty transferowej zasilają w całości rachunek ubezpieczającego i podlegają alokacji w wysokości 100 proc. (sto procent), przy czym:
 - 1) wpłata na IKE dokonana przez ubezpieczającego w danym roku kalendarzowym do instytucji dokonującej transferu zaliczana jest do limitu wpłat na IKE przez ubezpieczającego w tym samym roku;
 - 2) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto emerytalne w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z tą instytucją, nie jest zaliczane do limitu wpłat na IKE ubezpieczającego;
 - 3) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKE środków pieniężnych z programu emerytalnego nie jest zaliczane do limitu wpłat na IKE ubezpieczającego.

§ 8.

RACHUNEK

1. Z chwilą zawarcia umowy Towarzystwo otwiera ubezpieczającemu rachunek, który stanowi IKE ubezpieczającego. Oznaczenie IKE ubezpieczającego, umożliwiające jego identyfikację, stanowi numer polisy.
2. Wpłata ubezpieczającego na IKE przeliczana jest w terminie 14 (czternastu) dni od jej otrzymania przez Towarzystwo na jednostki funduszy zachowywane na rachunku, zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia zapłaty składki ubezpieczeniowej lub z pierwszego dnia okresu ubezpieczenia, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza, z zastrzeżeniem § 7 ust. 4.

3. Ubezpieczający nie może dokonywać wpłat na IKE, z którego dokonał wypłaty pierwszej raty środków na swoją rzecz. W takim przypadku postanowienia § 5 nie mają zastosowania, zaś kwoty wpłacone ponad maksymalną wysokość wpłaty na IKE, o których mowa w § 7 ust. 4, są niezwłocznie zwracane ubezpieczającemu.
4. Środki przekazywane w ramach wpłaty transferowej przeliczane są przez Towarzystwo na jednostki funduszy i zachowywane na rachunku, zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia przyjęcia wpłaty transferowej, w terminie 14 (czternastu) dni od późniejszej z dat: otrzymania środków lub otrzymania kompletnej dokumentacji opisującej transfer z instytucji finansowej dokonującej wypłaty transferowej.
5. Zawierając umowę ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie wpłata ubezpieczającego na IKE, a także określa udział poszczególnych funduszy w kwocie tej wpłaty. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKE w chwili sporządzania wniosku, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału wpłaty na IKE pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie żadnego z nich nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent).
6. Przy przekazywaniu środków w ramach wpłaty transferowej, ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczane będą te środki, a także określa udział poszczególnych funduszy w kwocie wpłaty transferowej. Ubezpieczający dokonuje w takim przypadku wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKE w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie transferowej żadnego z nich nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent). Jeżeli ubezpieczający nie dokonał wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczane będą te środki, albo nie określił udziału poszczególnych funduszy w kwocie wpłaty transferowej, podział tej kwoty pomiędzy poszczególne fundusze IKE dokonywany jest zgodnie z podziałem wpłaty ubezpieczającego na IKE.
7. Ubezpieczający może w każdym czasie, nie więcej jednak niż 12 (dwanaście) razy w danym roku ubezpieczenia, zażądać przeliczenia całości lub części zachowanych na jego rachunku jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu. Ubezpieczającemu przysługuje wybór pomiędzy funduszami, prowadzonymi i udostępnianymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKE w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia. W wyniku przeliczenia całości lub części zachowanych na rachunku jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu nie może wzrosnąć udział Funduszu Gwarantowanego ani Funduszu Gwarancji Zysku.
8. Przeliczenia, o którym mowa w ust. 7, dokonuje się w taki sposób, że:
 - 1) wartość środków zgromadzonych na IKE pozostaje niezmienną,
 - 2) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie 14 (czternastu) dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia ubezpieczającego,
 - 3) przeliczenie następuje według wartości jednostek funduszy obowiązującej w dniu jego dokonania.
9. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić proporcje podziału wpłaty na IKE pomiędzy wybrane fundusze. Ubezpieczającemu przysługuje wybór pomiędzy funduszami, prowadzonymi i udostępnianymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKE w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem, że w wyniku tej zmiany udział we wpłacie żadnego z funduszy nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent). Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania zmiany w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania odpowiedniego oświadczenia ubezpieczającego, zaś zmiana jest skuteczna począwszy od daty pierwszej alokacji składki po jej dokonaniu.
10. Towarzystwo uprawnione jest do pobierania z aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi zgodnie z Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiącym załącznik do OWU. Wysokość opłaty ustalana jest dla odpowiedniego funduszu, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów, z których tytułu na rachunki zachowywane są jednostki danego funduszu. Opłata pobierana jest z aktywów danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego podczas jego wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym wartości jednostki funduszu.
11. Raz w roku ubezpieczenia Towarzystwo informuje ubezpieczającego na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku wskazanym przez Towarzystwo, o wartości środków zgromadzonych na IKE (roczna informacja), przy czym pierwsza taka roczna informacja jest przekazywana nie wcześniej niż w terminie 10 (dziesięciu)

- miesiący i nie później niż w terminie 14 (czternastu) miesięcy od dnia zawarcia umowy.
12. Liczba i wartość jednostek funduszy zarachowywanych na rachunku i z niego odliczanych są zaokrąglane do 5 (piątego) miejsca po przecinku.
 13. Zarachowanie jednostek na rachunku lub odliczenie jednostek z rachunku zgodnie z niniejszymi OWU jeżeli następuje z tą samą datą, to wtedy w poniższej kolejności:
 - 1) odliczenie jednostek tytułem wypłaty lub zwrotu całości zgromadzonych środków oraz związanych z tym opłat,
 - 2) odliczenie i zarachowanie jednostek funduszy tytułem przeliczenia jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu,
 - 3) odliczenie jednostek tytułem wypłaty lub zwrotu w ratach zgromadzonych środków oraz opłaty z tym związanej,
 - 4) zarachowanie jednostek tytułem alokacji składki lub środków przekazanych w ramach wpłaty transferowej.

§ 9.

WYPŁATA TRANSFEROWA

1. Wypłata transferowa jest dokonywana jako wypłata transferowa na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 29 albo jako wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 30.
2. Przy dokonywaniu wypłaty transferowej postanowienia § 10 ust. 2-3 i ust. 9 stosuje się odpowiednio.
3. Ustalenie wartości i dokonanie wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej przez ubezpieczającego i okazaniu odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z inną niż Towarzystwo instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
4. Wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i 5, jest dokonywana w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej przez osobę uprawnioną i przedstawienia przez nią dokumentu stwierdzającego jej tożsamość, dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego oraz okazania potwierdzenia zawarcia przez osobę uprawnioną umowy o prowadzenie indywidualnego konta emerytalnego z instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i § 21, przedmiotem wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE.
6. Jeżeli ma miejsce wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej, każda z osób uprawnionych może dokonać wypłaty transferowej wyłącznie całości przysługujących jej środków ustalonych zgodnie z § 10 ust. 4 i 5.
7. Dokonując wypłaty transferowej na rzecz osoby uprawnionej, Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki w części przypadającej tej osobie, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszu ubezpieczenia następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu śmierci ubezpieczającego.
8. Z zastrzeżeniem ust. 10, z chwilą przekazania środków w ramach wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego umowa ulega rozwiązaniu.
9. W razie wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego w pierwszym roku ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo do potrącenia opłaty likwidacyjnej z transferowanych środków. Wysokość opłaty likwidacyjnej wskazana jest w Wykazie Opłat i Limitów stanowiącym załącznik do OWU.
10. Po dokonaniu wypłaty transferowej, ubezpieczający może kontynuować umowę ubezpieczenia pod warunkiem złożenia przed dokonaniem wypłaty transferowej wniosku o kontynuację umowy. W takim przypadku umowa ubezpieczenia będzie kontynuowana zgodnie z warunkami wybranego ubezpieczenia inwestycyjnego ze składką jednorazową, którego umowy są zawierane bez badania stanu zdrowia ubezpieczonego, oferowanego przez Towarzystwo w dacie złożenia przez ubezpieczającego wniosku o kontynuację umowy ubezpieczenia. W przypadku braku takiego wniosku ubezpieczającego, zastosowanie mają postanowienia ust. 8.

§ 10.

USTALENIE WYSOKOŚCI I WYPŁATA ŚWIADCZENIA Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZAJĄCEGO W CZĘŚCI NIESTANOWIĄCEJ ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE

1. Z zastrzeżeniem § 2 ust. 3, przy obliczaniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego uwzględnia się podstawową sumę ubezpieczenia z tego tytułu w dniu śmierci ubezpieczającego oraz wartość środków zgromadzonych na IKE, obliczoną jako iloczyn liczby jednostek funduszy, zarachowanych na rachunku w dniu śmierci ubezpieczającego i wartości tych jednostek obowiązującej w tym dniu.

2. Wypłata świadczenia ubezpieczeniowego w razie śmierci ubezpieczającego następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym i dokumentów potwierdzających to zdarzenie oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Jeżeli zdarzenie ubezpieczeniowe miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, dokumentem potwierdzającym to zdarzenie jest dokument wystawiony przez uprawnione do stwierdzenia zgonu władze państwa, w którym nastąpiło zdarzenie.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i jego uprawnienia do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
4. Ubezpieczający ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych, a świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach procentowych określonych przez ubezpieczającego. Jeżeli ubezpieczający wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu lub suma ich udziałów nie jest równa 100 proc. (sto procent), uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczającego albo umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczającego, zaś jego udział przypada wtedy pozostałym uposażonym w równych częściach, chyba że ubezpieczający wskaże inny podział tych środków pomiędzy uposażonych. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczającego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
5. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczającego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczającego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z zasadami dziedziczenia ustawowego.
6. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy osoby uprawnionej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
7. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 7, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
9. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo poinformuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

§ 11.

WYPŁATA ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA IKE

1. Wypłata środków zgromadzonych na IKE jest dokonywana jako wypłata środków na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 27 albo jako wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 28.
2. Przy dokonywaniu wypłaty środków zgromadzonych na IKE postanowienia § 10 ust. 2-3, ust. 6 i ust. 9 stosuje się odpowiednio, z zastrzeżeniem zdania następnego. Wypłata środków ubezpieczającemu w przypadku umowy zawartej na podstawie wniosku elektronicznego następuje wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
3. Z zastrzeżeniem § 21, ustalenie wartości i wypłata jednorazowa środków na rzecz ubezpieczającego następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wypłaty. W przypadku wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego w ratach, przy wypłacie pierwszej raty stosuje się odpowiednio postanowienia zdania poprzedzającego, a przy wypłacie kolejnych rat Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki, w liczbie przypadającej na każdą ratę, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu wypłaty kolejnej raty. Ustalenie liczby jednostek przypadających na pierwszą ratę następuje poprzez podzielenie liczby jednostek zgromadzonych na rachunku w dniu ustalenia wartości przez liczbę rat określonych w tym wniosku, zaś ustalenie liczby jednostek przypadających na kolejne raty następuje poprzez podzielenie liczby jednostek zgromadzonych na rachunku w dniu wypłaty danej raty przez liczbę pozostałych rat. Ubezpieczający składając wniosek

- o dokonanie wypłaty, może zażądać wypłaty w późniejszym, wskazanym przez siebie terminie.
4. Z zastrzeżeniem § 21, wypłata jednorazowa środków na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i 5 albo wypłata na jej rzecz pierwszej raty tych środków, jest dokonywana w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez osobę uprawnioną wniosku o dokonanie wypłaty i przedstawienia przez nią dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i dokumentu stwierdzającego jej tożsamość. Osoba uprawniona składając wniosek o dokonanie wypłaty, może zażądać wypłaty w późniejszym, wskazanym przez siebie terminie.
 5. Przedmiotem wypłaty na rzecz ubezpieczającego może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKE, chyba że ubezpieczający złoży wniosek o wypłatę tych środków w ratach, na zasadach określonych w ust. 6. Jeżeli ma miejsce wypłata na rzecz osoby uprawnionej, każda z osób uprawnionych może dokonać wypłaty wyłącznie całości przysługujących jej środków zgodnie z § 10 ust. 4 i 5, chyba że osoba uprawniona złoży wniosek o wypłatę tych środków w ratach, na zasadach określonych w ust. 6.
 6. Ubezpieczający lub osoba uprawniona mogą zażądać wypłaty środków na ich rzecz w dwóch lub czterech ratach przez okres 2 (dwóch) lat. Wypłaty kolejnych rat są dokonywane w odstępach odpowiednio rocznych albo półrocznych, licząc od złożenia wniosku o wypłatę w ratach.
 7. Dokonując wypłaty jednorazowej środków na rzecz osoby uprawnionej, Towarzystwo odlicza z rachunku zgromadzone na nim jednostki w części przypadającej tej osobie, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu śmierci ubezpieczającego. W przypadku wypłaty środków na rzecz osoby uprawnionej w ratach, Towarzystwo ustala wysokość raty poprzez podzielenie wartości przypadającej tej osobie przez liczbę rat.
 8. Z chwilą wypłaty jednorazowej środków na rzecz ubezpieczającego albo z chwilą wypłaty na jego rzecz ostatniej raty tych środków, umowa ulega rozwiązaniu.

§ 12.

ZMIANY UMOWY Z ZADEKLAROWANĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ I WYSOKOŚCIĄ SKŁADKI

1. Ubezpieczający może zmienić częstotliwość opłacania składki ubezpieczeniowej.
2. W przypadku zawarcia umowy z zadeklarowaną częstotliwością opłacania składek ubezpieczający może zmienić wysokość składki ubezpieczeniowej, przy czym wnioskowana przez ubezpieczającego wysokość składki ubezpieczeniowej nie może być niższa ani wyższa niż odpowiednio minimalna oraz maksymalna wysokość składki określona przez Towarzystwo. Pierwsza wymagalność składki w zmienionej wysokości przypada na najbliższą wymagalność składki ubezpieczeniowej po dokonanej zmianie.

§ 13.

ROZWIĄZANIE UMOWY

1. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa rozwiązuje się w następujących przypadkach:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od późniejszego z następujących dni: dnia jej zawarcia lub dnia, w którym dowiedział się o prawie odstąpienia od umowy,
 - 2) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 8 ust. 11,
 - 3) śmierci ubezpieczającego,
 - 4) dokonanego przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy, które może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania.
2. Poza przypadkami odrębnie wskazanymi w OWU lub wynikającymi z przepisów prawa, umowa rozwiązuje się:
 - 1) po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy lub jej wypowiedzeniu – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4, lecz nie później niż z chwilą zwrotu lub wypłaty środków;
 - 2) z dniem nastąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego – w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3.
3. Ubezpieczający odstępując od umowy albo wypowiadając umowę, jest zobowiązany do złożenia oświadczenia o zapoznaniu się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w § 5 ust. 2.

§ 14.

ZWROT ŚRODKÓW

1. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy lub jej wypowiedzenia, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego lub wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu środki zgromadzone na IKE.

2. Ustalenie wartości i dokonanie zwrotu środków następują w terminie 14 (czternastu) dni odpowiednio od dnia złożenia przez ubezpieczającego oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub o jej wypowiedzeniu, albo po upływie terminu wyznaczonego ubezpieczającemu na zapłacenie składki zgodnie z § 5 ust. 2, z zastrzeżeniem zdania następnego. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie wskazanym w § 13 ust. 1 pkt 2, wartość zwracanych środków ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
3. Zwrot środków zgromadzonych na IKE następuje przed rozwiązaniem umowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 6 stosuje się odpowiednio, z zastrzeżeniem zdania następnego. Zwrot środków ubezpieczającemu w przypadku umowy zawartej na podstawie wniosku elektronicznego następuje wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
4. W razie zwrotu środków zgromadzonych na IKE w pierwszym roku ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo do potrącenia opłaty likwidacyjnej ze zwracanych środków. Wysokość opłaty likwidacyjnej wskazana jest w Wykazie Oplat i Limitów, stanowiącym załącznik do OWU.
5. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy w terminie wskazanym w §13 ust.1 pkt 2, Towarzystwo ze zwracanych środków potrąca opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent tych środków, która nie może przewyższyć opłaty likwidacyjnej, o której mowa w ust. 4.
6. Na równi ze zwrotem środków zgromadzonych na IKE traktuje się ich pozostawienie na rachunku, jeżeli ubezpieczający odstąpił od umowy lub ją wypowiedział, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego lub wypłaty transferowej na jego rzecz.
7. W przypadku gdy na IKE ubezpieczającego przyjęto wpłatę transferową z programu emerytalnego, Towarzystwo przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 (siedmiu) dni, licząc od dnia złożenia przez ubezpieczającego wypowiedzenia, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych kwotę w wysokości 30 proc. (trzydziestu procent) sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego.

§ 15.

CZĘŚCIOWY ZWROT ŚRODKÓW

1. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o częściowy zwrot środków, pod warunkiem że środki te pochodziły z wpłat na IKE.
2. W razie złożenia przez ubezpieczającego wniosku o częściowy zwrot środków, o ile nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, Towarzystwo wypłaca ubezpieczającemu kwotę przez niego wskazaną w tym wniosku.
3. Dokonując częściowego zwrotu środków, Towarzystwo odlicza z rachunku odpowiednią liczbę zgromadzonych na nim jednostek, przy czym przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich liczby i wartości, obowiązujących w dniu ustalenia wysokości częściowego zwrotu.
4. Ustalenie wysokości oraz dokonanie częściowego zwrotu środków następują w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia złożenia przez ubezpieczającego wniosku. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 6 stosuje się odpowiednio.
5. W razie częściowego zwrotu środków, Towarzystwo ma prawo do potrącenia ze zwracanych środków opłaty operacyjnej za częściowy zwrot środków. Wysokość opłaty operacyjnej wskazana jest w Wykazie Oplat i Limitów stanowiącym załącznik do OWU.

§ 16.

CESJA I ZASTAW

1. Ubezpieczający nie może przenieść praw przysługujących mu z umowy na osoby trzecie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Środki zgromadzone na IKE mogą być obciążone zastawem. Zaspokojenie wierzytelności zabezpieczonej zastawem ze środków zgromadzonych na IKE traktowane jest jako częściowy zwrot środków albo zwrot środków.

§ 17.

INFORMACJE I DOBRE OBYCZAJE

1. Informacje dotyczące wymienionych w OWU wielkości minimalnych i limitów obowiązujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku i jego rejestracji, udzielane są przez Dział Obsługi Klienta Towarzystwa.
2. Towarzystwo informuje ubezpieczającego w formie pisemnej przynajmniej raz w każdym roku kalendarzowym o środkach zgromadzonych na IKE, określając przynajmniej wartość środków zgromadzonych na IKE, z wyszczególnieniem liczby jednostek poszczególnych funduszy oraz wartości tych jednostek.

3. Z uprawnień określonych w OWU Towarzystwo nie będzie korzystało w sposób godzący w dobre obyczaje ani w inny sposób, który postanowienia, uprawniające Towarzystwo do stosownych ustaleń, czyniłby niedozwolonymi.
4. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 18. OŚWIADCZENIA WOLI

1. Wszelkie oświadczenia woli oraz inne oświadczenia i powiadomienia przewidziane w OWU i składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy wymagają formy pisemnej lub innej formy uzgodnionej z Towarzystwem. Podpis złożony na pisemnym oświadczeniu powinien być zgodny z wzorem podpisu, przekazanym uprzednio Towarzystwu. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za ewentualne szkody, powstałe po stronie ubezpieczającego oraz osób uprawnionych, w szczególności z tytułu opóźnienia w reakcji na złożone oświadczenie, jeżeli podpis złożony na oświadczeniu nie jest zgodny z wzorem podpisu, przekazanym uprzednio Towarzystwu.
2. Pisma Towarzystwa kierowane będą pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego lub osoby uprawnionej.
3. Wszelkie dokumenty, których przekazanie Towarzystwu zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
4. Wszelkie dyspozycje dotyczące środków zgromadzonych na IKE powinny zawierać oznaczenie IKE. Towarzystwo oznacza dyspozycje dotyczące środków zgromadzonych na IKE w sposób umożliwiający ich identyfikację, poprzez opatrzenie każdej z nich datą otrzymania dyspozycji, pieczęcią Towarzystwa oraz podpisem osoby uprawnionej do realizacji tej dyspozycji.
5. Agenci ubezpieczeniowi są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
6. Jeżeli umowa została zawarta na podstawie wniosku elektronicznego, wtedy ubezpieczający jest zobowiązany informować Towarzystwo o każdorazowej zmianie swojego rachunku bankowego oraz podać numer swojego nowego rachunku bankowego, na który Towarzystwo ma dokonywać wypłat na jego rzecz. Zmianę taką ubezpieczający może zgłosić wyłącznie osobiście w placówce Towarzystwa albo składając pisemne oświadczenie z podpisem poświadczonym notarialnie lub przez agenta ubezpieczeniowego Towarzystwa. Nowy rachunek bankowy, o którym ubezpieczający poinformuje Towarzystwo musi być prowadzony przez bank krajowy lub oddział banku zagranicznego, w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo bankowe, zaś zmiana rachunku na każdy inny wymaga zgody Towarzystwa

§ 19. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Sądem właściwym w sprawach o roszczenia ze stosunku ubezpieczenia jest sąd właściwości ogólnej lub sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub jego spadkobiercy, uprawnionego z umowy ubezpieczenia lub jego spadkobiercy.

§ 20. REKLAMACJE

1. Przez reklamację, w tym skargi i zażalenia, rozumie się wystąpienia skierowane do Towarzystwa przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo.
2. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest Zarząd Towarzystwa lub upoważnieni przez Zarząd pracownicy Towarzystwa.
3. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście, w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce albo przesyłką pocztową (w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe),
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty w siedzibie Towarzystwa lub jego jednostce,
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej – na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
4. Złożenie reklamacji niezwłocznie po uzyskaniu informacji o zaistnieniu okoliczności budzących zastrzeżenia, umożliwi Towarzystwu rzetelne i efektywne jej rozpatrzenie. W celu sprawnego przeprowadzenia procesu rozpatrzenia reklamacji, zgłaszający ją powinien podać dane osobowe i kontaktowe umożliwiające jego identyfikację, zwłaszcza: imię i nazwisko, adres zamieszkania oraz numer PESEL.

5. Na żądanie zgłaszającego reklamację, wyrażone w jej treści, osobie tej przekazywane jest potwierdzenie faktu jej złożenia. W zależności od złożonej dyspozycji, potwierdzenie takie przekazywane jest osobiście w siedzibie Towarzystwa, pisemnie lub za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej.
6. O sposobie rozpatrzenia reklamacji Towarzystwo powiadomi osobę, która ją zgłosiła – w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji (w rozumieniu ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o usługach płatniczych). Na wniosek zgłaszającego reklamację Towarzystwo udzieli odpowiedzi pocztą elektroniczną.
7. Towarzystwo rozpatruje reklamację i udziela odpowiedzi bez zbędnej zwłoki, nie później niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej otrzymania, przy czym do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem.
8. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 7, Towarzystwo wyjaśni zgłaszającemu reklamację przyczynę opóźnienia, wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania reklamacji.
9. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji Towarzystwa dotyczącej złożonej reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-8.
10. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego.
11. Konsument ma prawo zwrócenia się o pomoc do Miejskiego lub Powiatowego Rzecznika Konsumenta.
12. Sposób i tryb rozpatrywania wniosków i skarg przez podmioty, o których mowa w ust. 10-11 regulują właściwe przepisy.
13. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
14. Niezależnie od powyżej wskazanych uprawnień ubezpieczającemu, ubezpieczonemu i innemu uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

§ 21. UPADŁOŚĆ I LIKWIDACJA TOWARZYSTWA

1. W razie otwarcia likwidacji Towarzystwa, ogłoszenia upadłości albo prawomocnego oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego Towarzystwa, jeżeli jego majątek nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania albo ostatecznej decyzji organu nadzoru o cofnięciu Towarzystwu zezwolenia na prowadzenie działalności, Towarzystwo, syndyk, nadzorca sądowy lub zarządca są zobowiązani do powiadomienia o tym ubezpieczającego w terminie 30 (trzydziestu) dni od zajścia tego zdarzenia.
2. Powiadomienie powinno zawierać informację o terminie, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego oraz skutkach niedostarczenia tych potwierdzeń w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia.
3. W celu dokonania wypłaty transferowej ubezpieczający, w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia, o którym mowa w ust. 1 i ust. 2, jest zobowiązany do zawarcia umowy o prowadzenie IKE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową i do dostarczenia potwierdzenia zawarcia tej umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego i do dostarczenia potwierdzenia przystąpienia do tego programu.
4. W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego obowiązków, o których mowa w ust. 3, jeżeli nie spełnia on warunków do wypłaty środków na jego rzecz, następuje zwrot środków przyznanych w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym zgodnie z obowiązującymi przepisami.
5. W razie spełnienia przez ubezpieczającego warunków, o których mowa w ust. 3, ma miejsce wypłata transferowa środków przyznanych w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 22.
ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego,
- 2) Wykaz Oplat i Limitów,
- 3) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 10 listopada 2015 roku i weszły w życie 1 stycznia 2016 roku.

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne Konto Emerytalne Aviva

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1 (str. 2) § 9 ust. 1 (str. 4) § 11 ust. 1 (str. 4) § 14 ust. 1 (str. 5) § 15 ust. 1 (str. 5)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3 pkt 1 (str. 2) § 2 ust. 4 (str. 2)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3 pkt 1 (str. 2) § 2 ust. 4 (str. 2)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 4 ust. 1-3 (str. 2) § 7 ust. 3 (str. 3)
5. Wysokość wszystkich opłat pobieranych w związku z umową ubezpieczenia oraz wszelkie obciążenia potrącone ze składek ubezpieczeniowych lub z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	§ 6 ust. 2 (str. 3) § 8 ust. 10 (str. 3) § 9 ust. 9 (str. 4) § 14 ust. 4-5 (str. 5) § 15 ust. 5 (str. 5)
6. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 9 ust. 1, 3, 5, 7 i 9 (str. 4) § 11 ust. 1, 3, 5 i 7 (str. 4) § 14 ust. 1, 2, 4 (str. 5)

ANEKS DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZEŃ

1. Ogólne warunki ubezpieczenia wskazane w pkt 2 otrzymują poniższe brzmienie w miejscach odpowiednio tam wskazanych:

„Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego. Osobie fizycznej będącej ubezpieczającym, ubezpieczonym lub uprawnionym z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do wystąpienia do Rzecznika Finansowego z wnioskiem o wszczęcie postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązywania sporów pomiędzy klientem a podmiotem rynku finansowego, o którym mowa w ustawie z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym. Rzecznik Finansowy jest uprawniony do prowadzenia postępowania w sprawie pozasądowego rozwiązania sporów konsumenckich, o którym mowa w ustawie z dnia 23 września 2016 r. o pozasądowym rozwiązywaniu sporów konsumenckich. Udział w postępowaniu jest dla Towarzystwa obowiązkowy. Szczegółowe informacje dostępne są na stronie: www.rf.gov.pl”.

2. Ogólne warunki ubezpieczenia:

- a) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Uniwersalnego – Nowa Perspektywa (NPER/J/8/2016) – § 28 ust. 10,
- b) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego Kapitalna Przyszłość (KAP/J/7/2016) – rozdz. IX ust. 1 pkt 10,
- c) Ogólne Warunki Młodzieżowego Ubezpieczenia Uniwersalnego Absolwent (ABS/J/15/2016) – § 20 ust. 10,
- d) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego Bonus VIP (BVIP/J/11/2016) – § 17 ust. 10,
- e) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Konto Emerytalne Aviva (IKE/J/7/2016) – § 20 ust. 10,
- f) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego Aviva (IKZE/J/4/2016) – § 19 ust. 10,
- g) Ogólne Warunki Ubezpieczenia Gwarantowanej Renty Kapitałowej (GRK/R/7/2016) – § 13 ust. 10.

Niniejszy Aneks do ogólnych warunków ubezpieczeń został przyjęty uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 14 grudnia 2016 roku i wszedł w życie 10 stycznia 2017 roku.



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA

ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa
tel. +48 22 557 44 44
e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl