

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INDYWIDUALNE KONTO ZABEZPIECZENIA EMERYTALNEGO AVIVA (IKZE/J/4/2016)

§ 1. DEFINICJE

Ilekcioć 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) **akt terroryzmu** – każde działanie, indywidualne lub grupowe, z bezprawnym użyciem siły lub przemocy lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, w celu wprowadzenia chaosu, dezorganizacji życia publicznego, zastraszenia lub wywarcia przymusu na władze publiczne, przedsiębiorstwo lub społeczność, które zmierza do osiągnięcia celów politycznych, ideologicznych, społecznych, religijnych, ekonomicznych lub finansowych;
- 2) **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki funduszy określonej w umowie części wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 3) **dzień przyjęcia wpłaty transferowej** – dzień uznania wpłaty transferowej na rachunku bankowym Towarzystwa;
- 4) **dzień wpłaty na IKZE ubezpieczającego** – dzień, w którym wpłata na IKZE ubezpieczającego zostanie zaalokowana 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) **IKZE ubezpieczającego** – indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego prowadzone przez Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami, na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej z ubezpieczającym;
- 7) **instytucja finansowa** – fundusz inwestycyjny, podmiot prowadzący działalność maklerską, dobrowolny fundusz emerytalny, zakład ubezpieczeń lub bank prowadzące indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 8) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 9) **koszt ochrony ubezpieczeniowej** – wskazana w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia część składki ubezpieczeniowej, przeznaczana na pokrycie kosztów podejmowanego przez Towarzystwo ryzyka ubezpieczeniowego;
- 10) **maksymalna wysokość wpłat na IKZE** – maksymalna kwota, jaką zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego (Dz.U. z 2004 r., Nr 116, poz. 1205, wraz z późn. zm.), ubezpieczający może wpłacić na IKZE w danym roku kalendarzowym; maksymalna wysokość wpłat na IKZE jest wskazana w Wykazie Opłat i Limitów, stanowiącym załącznik do OWU;
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą bezpośredniego lub pośredniego źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczającego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczającego;
- 12) **osoba uprawniona** – uposażony, uposażony zastępczy oraz inna osoba uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie śmierci ubezpieczającego;
- 13) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 14) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia lub jej zmianę;
- 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;
- 18) **rok ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące roczne 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;
- 19) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 20) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, 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) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawierana na podstawie OWU;
- 23) **uposażony** – osoba wskazana przez ubezpieczającego jako uprawniona do otrzymania, na warunkach opisanych w OWU, świadczenia przewidzianego w razie jego śmierci;
- 24) **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;
- 25) **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;
- 26) **wartość środków zgromadzonych na IKZE** – suma wartości jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku;
- 27) **wpłata transferowa**:
 - a) przeniesienie przez ubezpieczającego na IKZE środków pieniężnych z innej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego;
 - b) przeniesienie przez ubezpieczającego przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego z tą instytucją;
- 28) **wyczynowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby będące członkami wszelkiego rodzaju związków, klubów, organizacji, stowarzyszeń, kół, ognisk i zespołów sportowych, w tym również biorące udział w międzynarodowych lub ogólnokrajowych rozgrywkach sportowych o charakterze nieprofesjonalnym;
- 29) **wpłata środków na rzecz ubezpieczającego** – wypłata środków zgromadzonych na IKZE na wniosek ubezpieczającego po osiągnięciu przez niego wieku określonego w ustawie z dnia 20 kwietnia 2004 roku o indywidualnych kontaktach emerytalnych (Dz.U. z 2004 r., Nr 116, poz. 1205, wraz z późn. zm.), który na dzień wejścia w życie niniejszych OWU wynosi 65 (sześćdziesiąt pięć) lat oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w 5 (pięciu) latach kalendarzowych;
- 30) **wpłata środków na rzecz osoby uprawnionej** – wypłata środków zgromadzonych na IKZE w razie śmierci ubezpieczającego na wniosek osoby uprawnionej, o ile nie zaszły lub nie zachodzą przesłanki do wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego ani zwrotu środków;
- 31) **wpłata transferowa na rzecz ubezpieczającego** – przeniesienie przez ubezpieczającego środków zgromadzonych na IKZE do innej niż Towarzystwo instytucji finansowej, z którą ubezpieczający zawarł umowę o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego;
- 32) **wpłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej** – przeniesienie przez osobę uprawnioną przysługujących jej w razie śmierci ubezpieczającego środków zgromadzonych na IKZE do instytucji finansowej, z którą osoba uprawniona zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego, o ile nie zaszły lub nie zachodzą przesłanki do wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego, wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego ani zwrotu środków;
- 33) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, bobsleje, kolarstwo ekstremalne, walki wręcz, wspinaczka górską lub skałkowa wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu, spele-

- ologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód, skoki bungee, zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, spadochroniarstwo oraz wyprawy do miejsc charakteryzujących się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi typu: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny i tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 34) **zawodowe uprawianie sportu** – forma aktywności fizycznej, polegająca na uprawianiu dyscyplin sportowych przez osoby:
- w odniesieniu do gier zespołowych – będące członkami kadry klubów biorących udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - w odniesieniu do osób uprawiających sporty indywidualne – biorące udział w rozgrywkach o charakterze profesjonalnym, ogólnokrajowym lub międzynarodowym, organizowanych przez właściwy dla danej dyscypliny związek sportowy
 - uprawnione na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej do otrzymywania w związku z uprawianiem sportu wynagrodzenia w dowolnej formie, w tym także stypendium lub zwrotu kosztów związanych z uprawianiem sportu w postaci diet, zasiłków itp., niezależnie od tego, czy sport jest uprawiany indywidualnie, czy w ramach gier zespołowych;
- 35) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczającego;
- 36) **zwrot środków** – wypłata środków zgromadzonych na IKZE w razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy albo w razie odstąpienia od umowy przez ubezpieczającego, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty środków na rzecz ubezpieczającego, ani wypłaty transferowej na rzecz ubezpieczającego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 oraz w zależności od Wariantu, w jakim umowa została zawarta, ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci ubezpieczającego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego na które składa się wartość środków zgromadzonych na IKZE i ewentualne składki nierozliczone zgodnie z § 7 ust. 3 i 4 oraz dodatkowo suma ubezpieczenia z tytułu śmierci wynosząca:
 - w Wariantcie Standardowym – 1 proc. (jeden procent) wartości środków zgromadzonych na IKZE, nie mniej jednak niż 100 (sto) złotych;
 - w Wariantcie Premiowym – 20 proc. (dwadzieścia procent) wartości środków zgromadzonych na IKZE, pomniejszonych – w przypadku braku jej uiszczenia we wskazanym terminie – o należną opłatę wskazaną w § 7 ust. 5.
- W przypadku zawarcia umowy w Wariantcie Premiowym ochrona ubezpieczeniowa polega również na zobowiązaniu Towarzystwa do zapłaty, w razie śmierci ubezpieczającego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej wskutek nieszczęśliwego wypadku, dodatkowej sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku w wysokości 3000 (trzy tysiące) złotych.
- Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczającego równe jest wyłącznie wartości środków zgromadzonych na IKZE i ewentualnych składek nierozliczonych zgodnie z § 7 ust. 3 i 4:
 - w razie samobójstwa ubezpieczającego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi na skutek działań wojennych, zbrojnych lub zamieszek lub na skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w akcie terroryzmu lub na skutek świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.
- Świadczenie ubezpieczeniowe w razie śmierci ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce:
 - w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zajęciem narkotyków lub środków działających na centralny ośrodek nerwowy,
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem samolotu pasażerskiego koncesjonowanych linii lotniczych,
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa lub na skutek aktu terroryzmu, działań wojennych, działań zbrojnych lub zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa ubezpieczonego w innych niż wskazane powyżej aktach przemocy, chyba że uczestnictwo ubezpieczonego w tych innych aktach przemocy wynikało z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - w związku z udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - w wyniku wyczynowego lub zawodowego uprawiania sportu przez ubezpieczonego.
- Świadczenie ubezpieczeniowe, w części stanowiącej wartość środków zgromadzonych na IKZE, zostanie wypłacone 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.
- 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.
- W jednym czasie ubezpieczający może być objęty ochroną ubezpieczeniową tylko w ramach jednej umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU lub warunków ogólnych tego samego typu.

§ 3.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I UMOWY O PROWADZENIE IKZE PRZEZ TOWARZYSTWO

- Umowa ubezpieczenia oraz umowa o prowadzenie IKZE 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 IKZE przez Towarzystwo.
- Umowa może zostać zawarta przez osobę fizyczną, która ukończyła 16 (szesnaście) lat. 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.
- 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 lub elektroniczną.
- 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.
- Przed zawarciem umowy, Towarzystwo o ile nie postanowi inaczej, uzyskuje w formie ankiety, informacje 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.
- 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.
- 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.
- Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego przez niego wniosku ubezpieczeniowego (kontroferta). Złożenie kontroferty następuje poprzez doręczenie ubezpieczającemu polisy wraz z informacją o postanowieniach umowy odbiegających od treści wniosku ubezpieczeniowego. Jednocześnie Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu przynajmniej 7 (siedmio) dniowy termin do wniesienia sprzeciwu. W razie braku sprzeciwu uważa się, iż kontroferta 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.

- 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.

§ 4.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

- Składka ubezpieczeniowa płatna jest zgodnie z wyborem ubezpieczającego jako składka z zadeklarowaną częstotliwością i wysokością albo jako składka bez zadeklarowanej częstotliwości płatności składki i jej wysokości. Ubezpieczający może również złożyć wniosek o zawarcie umowy – wyłącznie na formularzu wniosku w formie pisemnej - z deklaracją, że zamiast wpłaty pierwszej składki dokonana zostanie wpłata transferowa z IKZE prowadzonego dla niego przez inną niż Towarzystwo instytucję finansową.
- Towarzystwo ustala minimalną wysokość składek, o których mowa powyżej.
- Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłacenia w pierwszych 3 (trzech) latach ubezpieczenia sumy składek ubezpieczeniowych w kwocie stanowiącej co najmniej 50 proc. (pięćdziesiąt procent) maksymalnej wysokości wpłat na IKZE 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.
- Składki powinny być wpłacane na rachunek bankowy Towarzystwa lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. W przypadku umowy zawieranej na podstawie wniosku elektronicznego wpłata pierwszej składki może zostać dokonana 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 1997r. Prawo bankowe.

§ 5.

SKUTKI NIEOPŁACENIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

- W razie nieopłacenia składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminie określonym w § 4 ust. 3, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty różnicy pomiędzy kwotą wskazaną w tym ustępie, a sumą wpłat transferowych i wpłaconych składek ubezpieczeniowych za okres pierwszych trzech lat ubezpieczenia.
- W wezwaniu do zapłaty Towarzystwo zobowiązane jest wyznaczyć ubezpieczającemu dodatkowy, przynajmniej 7-dniowy termin zapłaty, licząc od dnia otrzymania przez niego wezwania Towarzystwa, wskazać skutki niezapłacenia w tym terminie oraz pouczyć, że ma prawo dokonania wypłaty transferowej.
- Jeżeli ubezpieczający nie dokona wpłaty w dodatkowym terminie wyznaczonym przez Towarzystwo, umowę uważa się za wypowiedzianą przez ubezpieczającego. Umowa ulega w takim przypadku rozwiązaniu z 14-dniem, licząc od dnia upływu dodatkowego terminu, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

§ 6.

PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

- Alokacja składki ubezpieczeniowej wynosi:
 - w umowie zawartej w Wariantcie Standardowym – 96 proc.;
 - w umowie zawartej w Wariantcie Premiowym – 94 proc.
- Niealokowana część składki ubezpieczeniowej stanowi:
 - w Wariantcie Standardowym – w całości opłatę administracyjną;
 - w Wariantcie Premiowym – 2 proc. składki stanowi koszt ochrony ubezpieczeniowej, pozostała część stanowi opłatę administracyjną.

§ 7.

WPŁATA UBEZPIECZAJĄCEGO NA IKZE. WPŁATY TRANSFEROWE

- Wpłata ubezpieczającego na IKZE stanowi alokowana część składki ubezpieczeniowej.
- Suma wpłat ubezpieczającego na IKZE w żadnym roku kalendarzowym nie może przekroczyć maksymalnej wysokości wpłat na IKZE.
- Jeżeli suma wpłat na IKZE jest wyższa niż maksymalna wysokość wpłaty na IKZE w danym roku kalendarzowym, to wpłacone kwoty ponad maksymalną wysokość wpłaty na IKZE pozostają nierozliczone do końca tego roku kalendarzowego i alokowane są z pierwszym dniem następnego roku kalendarzowego, do maksymalnej wysokości wpłat na IKZE w tym roku kalendarzowym. Postanowienia zdania poprzedzającego stosuje się odpowiednio w zakresie nadwyżki wpłaconych kwot nad maksymalną wysokość wpłat na IKZE w następnym roku kalendarzowym.
- Środki przekazane w ramach wpłaty transferowej podlegają alokacji w wysokości 100 proc. (sto procent), przy czym:

- wpłata na IKZE dokonana przez ubezpieczającego w danym roku kalendarzowym do instytucji dokonującej transferu zaliczana jest do limitu wpłat na IKZE przez ubezpieczającego w tym samym roku;
- przeniesienie przez ubezpieczającego przysługujących mu środków pieniężnych z instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego w razie śmierci innej osoby, która zawarła umowę o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego z tą instytucją nie jest zaliczane do limitu wpłat na IKZE dla ubezpieczającego na dany rok kalendarzowy.

- Po zaalokowaniu wpłaty transferowej na umowie w Wariantcie Premiowym ubezpieczający jest zobowiązany do wniesienia dodatkowej opłaty w wysokości 1% wpłaty transferowej za udzielaną ochronę ubezpieczeniową. Opłata powinna zostać dokonana przez ubezpieczającego w terminie 60 dni od daty zaalokowania wpłaty transferowej.

§ 8.

RACHUNEK

- Z chwilą zawarcia umowy Towarzystwo otwiera ubezpieczającemu rachunek, który stanowi IKZE ubezpieczającego. Oznaczenie IKZE ubezpieczającego, umożliwiające jego identyfikację, stanowi numer polisy lub innego dokumentu ubezpieczenia.
- Wpłata ubezpieczającego na IKZE przeliczana jest w terminie 14 dni od jej otrzymania przez Towarzystwo na jednostki funduszy zarachowywane 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. 3.
- Ubezpieczający nie może dokonywać wpłat na IKZE, z którego dokonał wypłaty pierwszej raty na swoją rzecz. Kwoty wpłacone ponad maksymalną wysokość wpłaty na IKZE, o których mowa w § 7 ust. 3, są zwracane ubezpieczającemu w terminie 14 dni od dnia ustalenia okoliczności uzasadniających taki zwrot.
- Środki przekazywane w ramach wpłaty transferowej przeliczane są przez Towarzystwo na jednostki funduszy i zarachowywane na rachunku, zgodnie z wartością tych jednostek według stanu z dnia przyjęcia wpłaty transferowej, w terminie 14 dni od późniejszej z dat: otrzymania środków lub otrzymania kompletnej dokumentacji opisującej transfer z instytucji finansowej dokonującej wypłaty transferowej.
- Zawierając umowę ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie wpłata ubezpieczającego, a także określa udział poszczególnych funduszy w kwocie tej wpłaty. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKZE w chwili sporządzenia wniosku, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału wpłaty na IKZE pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie żadnego z nich nie może być niższy niż 5 proc. (pięć procent).
- 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 IKZE w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału pomiędzy różne fundusze, udział we wpłacie 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 IKZE dokonywany jest zgodnie z podziałem wpłaty ubezpieczającego na IKZE.
- Ubezpieczający może w każdym czasie, nie więcej jednak niż 6 (sześć) razy w danym roku ubezpieczenia, zażądać przeliczenia całości lub części zarachowanych 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 IKZE w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia. W wyniku przeliczenia całości lub części zarachowanych na rachunku jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu nie może wzrosnąć udział Funduszu Gwarantowanego ani Funduszu Gwarancji Zysku.
- Przeliczenia, o którym mowa w ust. 7, dokonuje się w taki sposób, że:
 - wartość środków zgromadzonych na IKZE pozostaje niezmienną,
 - Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie 14 (czternastu) dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia ubezpieczającego,
 - przeliczenie następuje według wartości jednostek funduszy obowiązującej w dniu jego dokonania.

9. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić proporcje podziału wpłaty na IKZE pomiędzy wybrane fundusze. Ubezpieczającemu przysługuje wybór pomiędzy funduszami, prowadzonymi i udostępnianymi przez Towarzystwo dla umów o prowadzenie IKZE 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 ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi. Wysokość opłaty ustalana jest dla odpowiedniego funduszu, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów, z których tytułu na rachunki zarachowywane 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 IKZE (roczna informacja), przy czym pierwsza taka roczna informacja jest przekazywana nie wcześniej niż w terminie 10 (dziesięciu) miesięcy 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 w ratach zgromadzonych środków oraz opłaty z tym związanej,
 - 4) zarachowanie jednostek tytułem alokacji składki lub środków przekazanych w ramach wypłaty transferowej.

§ 9.

WYPŁATA TRANSFEROWA

1. Wypłata transferowa jest dokonywana jako wypłata transferowa na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 31 albo jako wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 32.
2. Przy dokonywaniu wypłaty transferowej postanowienia § 10 ust. 2-3 i ust. 10 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 zabezpieczenia emerytalnego z inną niż Towarzystwo instytucją finansową.
4. Wypłata transferowa na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i ust. 6, jest dokonywana w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia dyspozycji wypłaty transferowej przez osobę uprawnioną i przedstawienia przez nią dokumentu stwierdzającego jej tożsamość, aktu zgonu ubezpieczającego oraz okazania potwierdzenia zawarcia przez osobę uprawnioną umowy o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego z instytucją finansową.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 i § 20, przedmiotem wypłaty transferowej może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na IKZE.
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 ust. 6.
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 lub funduszy 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.
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 IKZE

1. Przy obliczaniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczającego w części niestanowiącej środków zgromadzonych na IKZE uwzględnia się wartość środków zgromadzoną na IKZE, 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. Dokumentem potwierdzającym zdarzenie ubezpieczeniowe jest odpis aktu zgonu albo odpis sądowego postanowienia stwierdzającego zgon albo odpis sądowego postanowienia o uznaniu za zmarłego, a jeżeli zdarzenie miało miejsce poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, wtedy jest nim 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. 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, zaś jego udział przypada wtedy pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczającego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje uposażonemu, który umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczającego. W takim razie przypada ono pozostałym uposażonym w równych częściach, a w razie braku tych uposażonych – uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad określonych dla uposażonych.
6. 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.
7. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy osoby uprawnionej lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. Wypłata środków ubezpieczającemu w przypadku umowy zawartej na podstawie wniosku elektronicznego następuje wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
8. Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie, o którym mowa w ust. 8, 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.
10. 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 IKZE

1. Wypłata środków zgromadzonych na IKZE jest dokonywana jako wypłata środków na rzecz ubezpieczającego w przypadkach, o których mowa w § 1 pkt 29 albo jako wypłata środków na rzecz osoby uprawnionej w przypadku, o którym mowa w § 1 pkt 30.
2. Przy dokonywaniu wypłaty środków zgromadzonych na IKZE postanowienia § 10 ust. 2-3, ust. 7 i ust. 10 stosuje się odpowiednio.
3. Z zastrzeżeniem § 20, 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 przeliczenia 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 § 20, wypłata jednorazowa środków na rzecz osoby uprawnionej, ustalonej zgodnie z § 10 ust. 4 i ust. 6 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 dokumentu stwierdzającego jej tożsamość oraz aktu zgonu ubezpieczającego. 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 IKZE, 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 ust. 6, chyba że osoba uprawniona złoży wniosek o wypłatę tych środków w ratach, na zasadach określonych w ust. 6.
6. Wypłata w ratach środków zgromadzonych na IKZE następuje zgodnie z wnioskiem oszczędzającego lub osoby uprawnionej, lecz nie krócej niż przez 10 lat. Jeżeli wpłaty na IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty. Wypłaty kolejnych rat są dokonywane w odstępach odpowiednio rocznych albo półrocznych, licząc od złożenia wniosku o wypłatę w ratach. Z wypłacanej raty Towarzystwo potrąca opłatę operacyjną, której wysokość jest wskazana w Wykazie Oplat i Limitów.
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 składka ubezpieczeniowa nie może być niższa niż odpowiednio minimalna lub maksymalna wysokość składki określona przez Towarzystwo. Pierwsza wymagalność składki w zmienionej wysokości przypada na najbliższą wymagalność składki ubezpieczeniowej po dokonanej zmianie.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczający może zmienić Wariant, w jakim została zawarta umowa, wyłącznie z Wariantu Premiowego na Wariant Standardowy.
4. W trakcie trwania umowy Towarzystwo zmieni Wariant Premiowy na Wariant Standardowy w przypadku, gdy ubezpieczający:
 - 1) w każdym 3-letnim okresie ubezpieczenia nie dokona wpłat w minimalnej wysokości określonej przez Towarzystwo w Wykazie Oplat i Limitów, lub
 - 2) nie uiszcza dodatkowej opłaty, o której mowa w § 7 ust. 5.

§ 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) dokonanej 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.

§ 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 IKZE i ewentualne składki nierozliczone zgodnie z § 7 ust. 3 i 4.
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 IKZE następuje przed rozwiązaniem umowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 10 ust. 7 stosuje się odpowiednio.
4. W razie zwrotu środków zgromadzonych na IKZE w pierwszym roku ubezpieczenia, Towarzystwo ma prawo do potrącenia opłaty likwidacyjnej ze zwracanych środków. Wysokość opłaty likwidacyjnej wskazana jest w Wykazie Oplat i Limitów.
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 IKZE 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.

§ 15.

CESJA I ZASTAW

1. Ubezpieczający nie może przenieść praw przysługujących mu z umowy na osoby trzecie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli środki zgromadzone na IKZE są obciążone zastawem, to zaspokojenie wierzytelności zabezpieczonej zastawem z tych środków traktowane jest jako zwrot środków.

§ 16.

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 IKZE, określając przynajmniej wartość środków zgromadzonych na IKZE, z wyszczególnieniem liczby jednostek poszczególnych funduszy IKZE 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.

§ 17.

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 IKZE powinny zawierać oznaczenie IKZE. Towarzystwo oznacza dyspozycje dotyczące środków zgromadzonych na IKZE 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.

§ 18.

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.

§ 19.

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.

§ 20.

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 wystarczy 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 IKZE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową 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 IKZE z inną niż Towarzystwo instytucją finansową i do dostarczenia potwierdzenia zawarcia tej umowy.
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.

§ 21.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU, stanowiącymi ich integralną część, są:

- 1) Informacja o postanowieniach z wzorca umownego,
- 2) Wykaz Opłat 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 Zabezpieczenia Emerytalnego Aviva

Rodzaj informacji	Nr zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki, których zaistnienie zobowiązuje Towarzystwo do wypłaty świadczenia lub wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 1-2 (str. 2) § 9 ust. 1 (str. 4) § 11 ust. 1 (str. 5) § 14 ust. 1 (str. 5)
2. Ograniczenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3-4 (str. 2)
3. Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 2 ust. 3-4 (str. 2)
4. Wysokość składki i częstotliwość jej pobierania	§ 4 ust. 1-3 (str. 3) § 7 ust. 2 (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) § 7 ust. 5 (str. 3) § 8 ust. 10 (str. 4) § 9 ust. 9 (str. 4) § 11 ust. 6 (str. 5) § 14 ust. 4-5 (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. 5) § 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