

Informacja o postanowieniach z wzorca umownego:
Ogólne Warunki Ubezpieczenia Inwestycyjnego BONUS VIP (BVIP/J/15/2019)

Rodzaj informacji	Numer zapisu z wzorca umownego
1. Przesłanki wypłaty świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 z uwzględnieniem definicji w § 1 § 3 ust. 1 § 4 ust. 1 § 11 ust. 1 § 15 ust. 1-4 § 16 ust. 1-2 § 19 ust. 5
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia lub jego obniżenia	§ 3 ust. 3 § 4 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 7 ust. 1-2 § 9 § 15 ust. 4 § 19 ust. 5 pkt 3
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 16 ust. 2



**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA INWESTYCYJNEGO
BONUS VIP (BVIP/J/15/2019)**

**§ 1.
DEFINICJE**

Ileć w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia 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 wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
- 3) **dzień roboczy** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy;
- 4) **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym składka znajdzie się w posiadaniu Towarzystwa; w razie wpłaty na rachunek bankowy Towarzystwa jest nim dzień uznania rachunku tą wpłatą;
- 5) **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które pojęciowo podzielony jest ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy;
- 6) **lata ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku ubezpieczeniowego oraz w przypadkach w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą rejestracji wniosku ubezpieczeniowego jest 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego;
- 7) **miesiące ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu rejestracji wniosku oraz w przypadkach w następnych miesiącach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeśli pierwszym dniem ochrony ubezpieczeniowej jest dzień oznaczony datą dzienną nie występującą w danym miesiącu kalendarzowym, miesiąc ubezpieczenia rozpoczyna się w ostatnim dniu takiego miesiąca kalendarzowego;
- 8) **nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przez zewnętrzną przyczynę niemającą źródła w jakimkolwiek fizycznym lub psychicznym schorzeniu ubezpieczonego, która to przyczyna zadziałała w czasie ochrony ubezpieczeniowej, w sposób nagły, niezależnie od woli ubezpieczonego;
- 9) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia;
- 10) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia lub jej zmianę, doręczany ubezpieczającemu przez Towarzystwo;
- 11) **rachunek jednostek** – wydzielony pojęciowo dla umowy ubezpieczenia rachunek jednostek funduszy, na którym jednostki funduszy są zarachowywane i odliczane w sposób określony w OWU;

- 12) **rejestracja wniosku** – przyjęcie wniosku ubezpieczeniowego przez Towarzystwo poprzez odnotowanie daty wykonania tej czynności;
- 13) **śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku** – śmierć ubezpieczonego będąca następstwem nieszczęśliwego wypadku, która nastąpiła nie później niż w ciągu 90 (dziewięćdziesięciu) dni od daty tego nieszczęśliwego wypadku, ale przed ukończeniem przez ubezpieczonego 70 (siedemdziesiątego) roku życia;
- 14) **Towarzystwo** – Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 15) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, lecz posiadająca zdolność prawną, która zawiera z Towarzystwem umowę ubezpieczenia;
- 16) **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe lub fundusze** – wyodrębnione pojęciowo części aktywów Towarzystwa gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
- 17) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życia dotyczy umowa ubezpieczenia;
- 18) **uposażony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
- 19) **uposażony zastępczy** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych;
- 20) **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunek jednostek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 21) **wartość rachunku** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek;
- 22) **wiek ubezpieczonego** – wiek ubezpieczonego określony w dniu rejestracji wniosku ubezpieczeniowego na podstawie daty bliższej rocznicy jego urodzin: poprzedniej lub następnej, powiększany następnie o liczbę pełnych lat ubezpieczenia;
- 23) **wniosek ubezpieczeniowy** – oferta zawarcia umowy ubezpieczenia składana Towarzystwu przez ubezpieczającego na formularzu wniosku Towarzystwa;
- 24) **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;
- 25) **zajęcia zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia** – narciarstwo zjazdowe lub snowboarding lub saneczkarstwo poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, narciarstwo akrobatyczne, snowboarding akrobatyczny, skoki narciarskie, bobsleje, kolarstwo ekstremalne (zjazd freeride, dual slalom, four cross, dirt jumping), sporty walki, wspinaczka górską lub skałkowa, speleologia, bieganie z pokonywaniem przeszkód (parkour, free running, runmageddon), zorbing, wyścigi lub rajdy lub akrobacje motorowe lub motorowodne, wyścigi konne, kajakerstwo górskie, górskie spływy wodne, nurkowanie wymagające użycia specjalistycznego sprzętu, skoki do wody, żeglarstwo morskie lub oceaniczne, skoki spadochronowe, skoki bungee, skoki powietrzne z wysokości, paralotniarstwo, szybownictwo, baloniarstwo, lotniarstwo, motolotniarstwo, wyprawy w następujące tereny charakteryzujące się ekstremalnymi warunkami klimatycznymi lub przyrodniczymi: pustynia, wysokie góry (powyżej 3200 m n.p.m.), busz, dżungla, bieguny, tereny lodowcowe lub śnieżne wymagające użycia sprzętu asekuracyjnego;
- 26) **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 lub
 - 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 lub
 - 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;
- 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

§ 2.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje również śmierć ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, jeżeli wartość rachunku w chwili śmierci ubezpieczonego jest równa lub wyższa niż 5 000 (pięć tysięcy) złotych.

§ 3.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI

- Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty, w razie śmierci ubezpieczonego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wynosi:
 - w pierwszym roku ubezpieczenia – 100 (sto) złotych i wartość rachunku;
 - od drugiego roku ubezpieczenia – 103 (sto trzy) procent wartości rachunku.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego zostanie ograniczone do wysokości wartości rachunku, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła:
 - w związku z samobójstwem ubezpieczonego w okresie 24 (dwudziestu czterech) miesięcy od zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.

§ 4.

UBEZPIECZENIE NA WYPADEK ŚMIERCI WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

- W razie śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo wypłaci dodatkowe świadczenie ubezpieczeniowe w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku, z zastrzeżeniem ust. 3.
- Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku wynosi:
 - 10 000 (dziesięć tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 5 000 (pięć tysięcy) złotych, ale niższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych;
 - 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) złotych, ale niższa niż 100 000 (sto tysięcy) złotych;
 - 100 000 (sto tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 100 000 (sto tysięcy) złotych ale niższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych;
 - 150 000 (sto pięćdziesiąt tysięcy) złotych, jeżeli wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 500 000 (pięćset tysięcy) złotych.
- Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku nie zostanie wypłacone, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub jego następstwa miały miejsce:
 - w związku ze spożyciem przez ubezpieczonego alkoholu, niezaleconym przez lekarza zażyciem przez ubezpieczonego narkotyków lub substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy (w tym środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii), ujawnionego w dokumentacji medycznej nadużywania przez ubezpieczonego alkoholu, leków, narkotyków lub innych wskazanych powyżej substancji lub środków działających na centralny układ nerwowy;
 - w związku z popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przez ubezpieczonego przestępstwa;
 - w związku z wyczynowym lub zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego lub udziałem ubezpieczonego w zajęciach zwiększonego ryzyka utraty życia lub zdrowia;
 - w wyniku wypadku statku powietrznego, na którego pokładzie przebywał ubezpieczony, przy czym ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa nie dotyczy sytuacji, gdy ubezpieczony był pasażerem

samolotu pasażerskiego podczas regularnego przewozu lotniczego lub przewozu czarterowego, wykonywanych przez przewoźnika lotniczego w rozumieniu ustawy – Prawo lotnicze;

- 5) w wyniku działań wojennych, działań zbrojnych, stanu wojennego, rozruchów, zamieszek lub użycia broni masowego rażenia; w wyniku aktu terroryzmu, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności lub obowiązków służbowych w ramach przynależności do jakichkolwiek struktur wojskowych lub jednostek lub służb, których zadania obejmują zapewnienie porządku i bezpieczeństwa publicznego; w związku z udziałem ubezpieczonego w zagranicznych misjach o charakterze militarnym, stabilizacyjnym lub humanitarnym; w związku z udziałem ubezpieczonego w charakterze sprawcy (wszelkie formy sprawstwa), pomocnika lub podżegacza w akcie terroryzmu lub innych niż wskazane powyżej aktach przemocy.

§ 5.

ZAWARCIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia jest zawierana w trybie złożenia przez ubezpieczającego oferty jej zawarcia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo. Oferta składana jest na formularz wniosku Towarzystwa. Formularz wniosku może mieć formę pisemną albo elektroniczną.
3. Towarzystwo przyjmując wniosek ubezpieczeniowy dokonuje jego rejestracji, po uprzednim stwierdzeniu, że formularz wniosku wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
4. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia, 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 odpowiednio do potrzeb ubezpieczającego. W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na cudzy rachunek postanowienie zdania poprzedniego stosuje się odpowiednio do ubezpieczonego. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem uznania przez Towarzystwo, na podstawie uzyskanych informacji, że jest ona odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego i ubezpieczonego. W przeciwnym razie umowa ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie po złożeniu przez ubezpieczającego i ubezpieczonego odpowiedniego pisemnego żądania jej zawarcia oraz pisemnego oświadczenia o zapoznaniu się z ostrzeżeniem Towarzystwa. Ubezpieczający lub ubezpieczony mogą odmówić wypełnienia ankiety, o której mowa powyżej.
5. Umowę ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią wniosku ubezpieczeniowego uważa się za zawartą z chwilą rejestracji wniosku.
6. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z chwilą śmierci ubezpieczonego, jak też w przypadku wskazanym w § 16 ust. 1.

§ 6.

OKRES UBEZPIECZENIA

Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu od zawarcia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zaplaceniu składki jednorazowej, do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 15 ust. 5 oraz § 16 ust. 3.

§ 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany – wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia – wpłacić składkę ubezpieczeniową jednorazowo w wysokości przez siebie wybranej (składka jednorazowa). W przypadku umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie wniosku elektronicznego, składka jednorazowa może zostać wpłacona 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.
2. Ubezpieczający może w dowolnym czasie wpłacać dodatkową składkę ubezpieczeniową w wysokości przez siebie wybranej (składka dodatkowa).
3. W Tabeli Oplat i Limitów Towarzystwo wskazuje minimalną wysokość składki jednorazowej oraz minimalną wysokość składki dodatkowej.
4. Składka ubezpieczeniowa powinna być wpłacona na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
5. Składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi w razie odmowy zarejestrowania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczeniowego w szczególności wtedy, gdy w przypadku elektronicznej formy wniosku ubezpieczeniowego nie została ona zapłacona w sposób wskazany w ust. 1. W takim przypadku składka ubezpieczeniowa podlega zwrotowi w terminie

30 (trzydziestu) dni od tej odmowy. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 8.

RACHUNEK JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Towarzystwo otwiera rachunek jednostek z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
2. Składka jednorazowa oraz składki dodatkowe są alokowane na rachunku jednostek w 100 (stu) procentach w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od dnia ich opłacenia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Składka jednorazowa jest przeliczana na jednostki funduszy zarachowywane na rachunku jednostek, zgodnie z wartością tych jednostek w dniu zapłaty tej składki lub w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza, a składka dodatkowa jest przeliczana na jednostki funduszy zarachowywane na rachunku jednostek, zgodnie z wartością tych jednostek w dniu zapłaty tej składki.
4. We wniosku ubezpieczeniowym ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona składka jednorazowa, a także określa udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzania wniosku ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem, że w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5 (pięć) procent.
5. Przed opłaceniem składki dodatkowej, ubezpieczający dokonuje wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczona ta składka, a także określa udział poszczególnych funduszy w alokowanej składce. Ubezpieczający dokonuje w takim przypadku wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego odpowiedniego oświadczenia, z zastrzeżeniem że, w razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne fundusze, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 5 (pięć) procent.
6. Jeżeli ubezpieczający nie dokonał wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczana składka dodatkowa, ani nie określił udziału poszczególnych funduszy w alokowanej składce, podział tej składki pomiędzy poszczególne fundusze dokonany będzie zgodnie z ostatnim podziałem składki dodatkowej, a jeżeli składka dodatkowa jest opłacana po raz pierwszy będzie ona przeliczona na jednostki Funduszu Pieniężnego.
7. Liczba i wartość jednostek funduszy zarachowywanych na rachunku i z niego odliczanych są zaokrąglane do 5 (piątego) miejsca po przecinku.
8. Zarachowanie jednostek na rachunku lub ich odliczenie z rachunku zgodnie z OWU, o ile takie zarachowanie lub odliczenie następują z tą samą datą, jest dokonywane w następującej kolejności:
 - 1) odliczenie jednostek tytułem wypłaty wartości wykupu oraz związanych z tym opłat;
 - 2) odliczenie i zarachowanie jednostek funduszy tytułem zmiany funduszy oraz odliczenie jednostek tytułem związanej z tym opłaty;
 - 3) odliczenie jednostek tytułem częściowej wypłaty wartości rachunku oraz opłaty z tym związanej;
 - 4) zarachowanie jednostek tytułem alokacji składki;
 - 5) odliczenie jednostek tytułem opłaty alokacyjnej.
9. 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 rachunku (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.

§ 9.

OPLATY POBIERANE PRZEZ TOWARZYSTWO

1. Tytułem uśrednionych kosztów dystrybucyjnych, Towarzystwo piątego dnia po zaalokowaniu danej składki na rachunku jednostek potrąca z tego rachunku opłatę alokacyjną w wysokości wskazanej w Tabeli Oplat i Limitów. Potrącenia dokonuje się poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek funduszy, zgodnie z ich wartością w dniu dokonania potrącenia, proporcjonalnie do udziału funduszy w wartości rachunku w tym dniu.
2. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty jest ustalana dla każdego funduszu, w odniesieniu do wszystkich umów ubezpieczenia zawartych z Towarzystwem na podstawie OWU oraz innych warunków ubezpieczenia, na których rachunki zarachowuje się jednostki danego

funduszu. Opłata jest pobierana z aktywów danego funduszu podczas ich wyceny, a jej pobranie powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów, a tym samym zmianę wartości jednostek tego funduszu. Wysokość opłaty jest wskazana w Tabeli Opłat i Limitów.

3. W razie zmiany funduszy Towarzystwo pobiera opłatę za dokonanie tej zmiany na zasadach określonych w § 10, zaś w razie częściowej wypłaty wartości rachunku lub wypłaty wartości wykupu Towarzystwo pobiera opłatę za dokonanie tych wypłat na zasadach określonych w § 11 i § 16.

§ 10. ZMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zarachowanych na rachunku jednostek na jednostki innego funduszu (zmiana funduszy). Ubezpieczający zmieniając fundusze dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez Towarzystwo dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zmianę funduszy.
2. Przeliczenie jednostek w ramach zmiany funduszy nie powoduje zmiany wartości rachunku i następuje w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od otrzymania przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego, według wartości jednostek w dniu przeliczenia.
3. Tytułem wykonania operacji zmiany funduszy Towarzystwo potrąca z rachunku jednostek opłatę za zmianę funduszy w wysokości wskazanej w Tabeli Opłat i Limitów. Potrącenia opłaty dokonuje się przez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek funduszy, wybranych zgodnie z ust. 2, zgodnie z ich wartością w dniu przeliczenia jednostek, proporcjonalnie do udziału tych funduszy w wartości rachunku po dokonanej zmianie.

§ 11. CZĘŚCIOWA WYPŁATA WARTOŚCI RACHUNKU

1. Ubezpieczający może w każdym czasie zażądać częściowej wypłaty wartości rachunku, która będzie dokonana tylko w takim zakresie, w jakim nie doprowadzi to do spadku wartości rachunku poniżej wartości minimalnej wskazanej w Tabeli Opłat i Limitów.
2. Żądając częściowej wypłaty wartości rachunku, ubezpieczający jest obowiązany wskazać fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku jednostek celem dokonania wypłaty. Jeżeli ubezpieczający wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, obowiązany jest również podać udział poszczególnych funduszy w części wartości rachunku podlegającej wypłacie.
3. Jeżeli ubezpieczający nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku lub wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregośkolwiek z funduszy nie jest wystarczająca do dokonania wypłaty w sposób wskazany przez ubezpieczającego, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszy proporcjonalnie do udziału funduszy w wartości rachunku.
4. Dokonując częściowej wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo odlicza z rachunku jednostek taką liczbę jednostek, których wartość jest równa żądanej kwocie. Przeliczenie odliczanych jednostek funduszu lub funduszy następuje według ich wartości w dniu ustalenia wysokości wypłaty.
5. W razie dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku, Towarzystwo potrąca z żądanej kwoty opłatę z tytułu wykupu w wysokości wskazanej w Tabeli Opłat i Limitów.
6. Ustalenie wysokości częściowej wypłaty wartości rachunku oraz jej wypłata ubezpieczającemu następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia złożenia przez niego żądania takiej wypłaty. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 12. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

1. Przy obliczaniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego uwzględnia się wartość rachunku w dniu śmierci ubezpieczonego.
2. Przy obliczaniu wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku uwzględnia się wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku obowiązującej w dniu jego śmierci.

§ 13. UPOSAŻENI

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego jest wypłacane uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, albo suma ich udziałów nie jest równa 100 (sto) procent uważa się, że udziały te są równe. Wskazanie uposażonego staje się

bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych, świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego przypada uposażonym zastępczym z zastosowaniem zasad ustalonych dla uposażonych.

4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 14. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem na jeden wskazany rachunek bankowy należący do osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem. Jeżeli uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczający i umowa ubezpieczenia została zawarta na podstawie wniosku elektronicznego, wtedy świadczenie jest wypłacane wyłącznie przelewem na rachunek bankowy, którego właścicielem jest ubezpieczający.
4. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa okaże się niemożliwe w terminie wskazanym powyżej, 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.
5. 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.

§ 15. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia 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. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 1, Towarzystwo wypłaca mu wartość rachunku powiększoną o pobrane opłaty alokacyjne.
3. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 8 ust. 9.
4. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia w terminie wskazanym w ust. 3, Towarzystwo wypłaca mu wartość rachunku po pomniejszeniu o opłatę z tytułu odstąpienia równą 4 (cztery) procent wartości rachunku, która nie może przewyższyć opłaty z tytułu wykupu. Kwotę, o której mowa powyżej, ustala się na dzień otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
5. Umorzenie jednostek oraz wypłata, o której mowa w ust. 2 i 4, następują w terminie 14 (czternastu) dni od otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4 zdanie drugie. Z chwilą tej wypłaty wygasa ochrona ubezpieczeniowa. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 16. WARTOŚĆ WYKUPU

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W takim przypadku umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem wypłaty wartości wykupu lub z końcem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczenia następującego bezpośrednio po miesiącu ubezpieczenia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli

- ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy, w zależności od tego, co nastąpi pierwsze.
2. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaca mu wartość wykupu. Wartość wykupu jest równa wartości rachunku, pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu w wysokości wskazanej w Tabeli Opłat i Limitów.
 3. Umorzenie jednostek oraz wypłata wartości wykupu następują w terminie 14 (czternastu) dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia woli ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Z chwilą wypłaty wartości wykupu wygasa ochrona ubezpieczeniowa. Postanowienia dotyczące sposobu wypłaty świadczeń określone w § 14 ust. 3 stosuje się odpowiednio.

§ 17. 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, 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.
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.

§ 18. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia 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. UMOWA UBEZPIECZENIA NA CUDZY RACHUNEK

1. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda ubezpieczonego. Zmiana umowy bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw, ani praw innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
2. Przed wyrażeniem przez ubezpieczonego zgody na udzielenie ochrony ubezpieczeniowej, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania ubezpieczonemu OWU w formie pisemnej lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku. Ubezpieczony może też wymagać, aby Towarzystwo udzieliło mu informacji o postanowieniach umowy ubezpieczenia zawartej na jego rachunek oraz informacji o ogólnych warunkach ubezpieczenia, na podstawie których umowa ta została zawarta - w zakresie, w jakim dotyczą one jego praw i obowiązków.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczający przekazuje ubezpieczonemu na piśmie lub, jeżeli ubezpieczony wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, poniższe informacje przekazane przez Towarzystwo:
 - 1) o zmianie warunków umowy ubezpieczenia lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany;
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z umowy ubezpieczenia, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w czasie trwania umowy lub o zmianie sumy ubezpieczenia wyrażonej w określonej kwocie, jeżeli świadczenie jest ustalane na jej podstawie – niezwłocznie po przekazaniu ubezpieczającemu tych informacji przez Towarzystwo.
4. W razie niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków, o których mowa w ust. 2 i 3, ubezpieczający ponosi wobec Towarzystwa odpowiedzialność na zasadach ogólnych.
5. W przypadku umowy ubezpieczenia na cudzy rachunek, ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w terminie 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji, o której mowa w § 8 ust. 9. W takim przypadku:
 - 1) umowa ubezpieczenia rozwiązuje się bez zgody ubezpieczającego następnego dnia po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy;
 - 2) ochrona ubezpieczeniowa jest udzielana do dnia, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie woli ubezpieczonego o wystąpieniu z umowy;
 - 3) stosuje się postanowienia § 15 ust. 4-5.
6. W przypadku, gdy osobą zgłaszającą roszczenie w umowie ubezpieczenia na cudzy rachunek nie jest ubezpieczony, wówczas zawiadomienia Towarzystwa, o których mowa w § 14 ust. 4-5 dotyczą także ubezpieczonego.

§ 20. ADMINISTROWANIE DANymi OSOBOWymi

1. Towarzystwo jest administratorem danych osobowych gromadzonych w celu zawarcia i wykonania umowy ubezpieczenia na życie. Dane te są przetwarzane na podstawie:
 - 1) zgody udzielonej przez ubezpieczonego, ubezpieczającego oraz potencjalnego klienta; osobom tym przysługuje prawo wycofania zgody ze skutkiem od dnia jej wycofania co oznacza, że takie wycofanie nie zmienia skutków prawnych powstałych w okresie obowiązywania zgody;
 - 2) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest zawarcie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych potencjalnego klienta;
 - 3) prawnie uzasadnionego interesu Towarzystwa, którym jest wykonanie umowy ubezpieczenia – w przypadku danych osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;

- 4) przepisów ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej – w przypadku danych ubezpieczonego, osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz potencjalnego klienta.
2. Towarzystwo gromadzi dane osobowe z wykorzystaniem: formularza wniosku ubezpieczeniowego, formularza zmiany danych, formularza zgłoszenia roszczenia oraz innych dokumentów związanych z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może wykorzystywać zgromadzone dane osobowe w celu profilowania tj. doboru produktów ubezpieczeniowych.
4. Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Towarzystwo może przekazywać dane osobowe innym zakładom ubezpieczeń lub reasekuracji (w zakresie i celu wynikających z zawartych umów ubezpieczenia) oraz Generalnemu Inspektorowi Informacji Finansowej (na podstawie ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu).
5. Towarzystwo może, pod warunkiem uzyskania zgody danej osoby, udostępniać jej dane osobowe innym podmiotom z Grupy Aviva w celach marketingowych, przy czym Grupę Aviva stanowią: Towarzystwo, jednostki powiązane z Towarzystwem w rozumieniu przepisów o rachunkowości oraz fundusze emerytalne i inwestycyjne zarządzane przez Towarzystwo.
6. Osoba ma prawo, w ramach obowiązujących przepisów prawa, uzyskać informacje o treści przetwarzanych jej danych osobowych, a także prawo ich poprawiania albo usunięcia – telefonicznie lub z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej tj. na adres mailowy wskazany na stronie internetowej Towarzystwa.
7. Towarzystwo przetwarza dane osobowe do chwili zakończenia umowy ubezpieczenia, zakończenia okresu przedawnienia roszczeń z niej wynikających lub zakończenia okresu wynikającego z przepisów ustawy o rachunkowości – w zależności od tego, co nastąpi później.

§ 21.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Ubezpieczający i ubezpieczony mogą przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie wyłącznie za zgodą Towarzystwa, przy czym udzielenie zgody może być uzależnione od poniesienia przez ubezpieczającego dodatkowej opłaty na pokrycie kosztów operacyjnych związanych z przeniesieniem.
2. Wszelkie oświadczenia, powiadomienia i wnioski przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy odrębnie uzgodnionej z Towarzystwem, z zastrzeżeniem ust. 7. Oświadczenie, powiadomienie lub wniosek składane w formie pisemnej powinny zawierać podpis zgodny ze wzorem podpisu przekazanym uprzednio Towarzystwu, a także dane umożliwiające identyfikację ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia oraz realizację ich dyspozycji. W przypadku braku takich danych, Towarzystwo poinformuje osobę składającą dyspozycję o niekompletności lub niepoprawności tej dyspozycji, zaś składająca ją osoba w celu realizacji oświadczenia, powiadomienia lub wniosku, o których mowa powyżej, jest zobowiązana do jej uzupełnienia w zakresie wskazanym powyżej i z chwilą otrzymania przez Towarzystwo takiej uzupełnionej dyspozycji rozpoczyna się bieg terminu na jej realizację.
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. Zagraniczne dokumenty dowodowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie ich braku – przez polską placówkę dyplomatyczną.
4. Pisma Towarzystwa są kierowane pod ostatni znany Towarzystwu adres ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
5. Agenci ubezpieczeniowi i pracownicy struktur terenowych Towarzystwa są upoważnieni do czynności wymienionych w udzielonych im pełnomocnictwach.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia 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 informuje 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.
7. Informacje o wypłacalności i kondycji finansowej Towarzystwa są dostępne na stronie internetowej pod adresem www.aviva.pl/sprawozdania.

§ 22. ZAŁĄCZNIKI

Załącznikami do OWU są:

- 1) Tabela Opłat i Limitów;
- 2) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu Aviva Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z 23 stycznia 2019 roku i weszły w życie 26 stycznia 2019 roku.

Tabela Opłat i Limitów

Opłaty	
Opłata alokacyjna	<p>Opłata alokacyjna od składki jednorazowej nie jest pobierana, jeżeli składka jednorazowa jest równa lub wyższa niż 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych. Jeżeli składka jednorazowa jest niższa od kwoty wskazanej w zdaniu poprzedzającym, opłata alokacyjna wynosi 2,5 (dwa i pół) procent tej składki, nie więcej jednak niż 1 000 (jeden tysiąc) złotych.</p> <p>Opłata alokacyjna od składki dodatkowej nie jest pobierana, jeżeli składka dodatkowa jest równa lub wyższa niż 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych lub wartość rachunku jest równa lub wyższa niż 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych. W pozostałych przypadkach opłata alokacyjna od składki dodatkowej wynosi:</p> <p>1) 2,5 (dwa i pół) procent tej składki – jeżeli suma jej wartości oraz wartości rachunku jest równa lub niższa niż 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych,</p> <p>2) 2,5 (dwa i pół) procent różnicy pomiędzy kwotą 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych a wartością rachunku – jeżeli suma jej wartości oraz wartości rachunku jest wyższa niż 40 000 (czterdzieści tysięcy) złotych.</p> <p>Dla potrzeb ustalania opłaty alokacyjnej uwzględnia się wartość rachunku w dniu alokacji składki dodatkowej przed dokonaniem tego przeliczenia.</p>
Opłata za zmianę funduszy	Opłata za zmianę funduszy wynosi 20 (dwadzieścia) złotych za każdą zmianę, przy czym w danym roku ubezpieczenia 15 (piętnaście) zmian funduszy jest bezpłatnych.
Opłata z tytułu wykupu	<p>Jeżeli żądana kwota z tytułu częściowej wypłaty wartości rachunku albo z tytułu wypłaty wartości wykupu jest wyższa niż kwota zwolniona z opłaty, to opłata wynosi:</p> <p>1) 5 (pięć) procent różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w pierwszym roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w pierwszym roku ubezpieczenia,</p> <p>2) 3 (trzy) procent różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w drugim lub trzecim roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w drugim lub trzecim roku ubezpieczenia,</p> <p>3) 1 (jeden) procent różnicy pomiędzy żądaną kwotą a kwotą zwolnioną z opłaty – jeżeli odpowiednio wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w czwartym roku ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w czwartym roku ubezpieczenia.</p> <p>Opłata nie jest pobierana, jeżeli odpowiednio wniosek o częściową wypłatę wartości rachunku został złożony w piątym lub następnym latach ubezpieczenia albo umowa ubezpieczenia uległa rozwiązaniu w piątym lub następnym latach ubezpieczenia.</p> <p>Kwota zwolniona z opłaty jest równa różnicy pomiędzy 10 (dziesięcioma) procentami wartości rachunku a łączną kwotą wypłat w danym roku ubezpieczenia, przy czym kwoty te są ustalane na dzień, z którego uwzględniane są ceny jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w celu ich umorzenia i dokonania wnioskowanej przez ubezpieczającego danej częściowej wypłaty wartości rachunku albo wypłaty wartości wykupu. Jeżeli powyższa różnica jest ujemna, przyjmuje się, że kwota zwolniona z opłaty jest równa 0 (zero).</p> <p>Łączna kwota wypłat w danym roku ubezpieczenia stanowi sumę częściowych wypłat wartości rachunku w tym roku ubezpieczenia, z wyłączeniem wnioskowanej przez ubezpieczającego częściowej wypłaty wartości rachunku albo wypłaty wartości wykupu.</p>

Opłata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi	<p>Fundusz Akcji 3,25 proc.¹</p> <p>Fundusz Dłużny Aktywnej Selekcji opłata pośrednia²</p> <p>Fundusz Dynamiczny 3,25 proc.¹</p> <p>Fundusz Dynamiczny Aktywnej Selekcji opłata pośrednia²</p> <p>Fundusz Międzynarodowy 2,5 proc.¹</p> <p>Fundusz Pieniężny 1 proc.¹</p> <p>Fundusz Spółek Dywidendowych 3 proc.¹</p> <p>Fundusz Stabilnego Wzrostu 2,25 proc.¹</p> <p>Fundusz Stabilny Aktywnej Selekcji opłata pośrednia²</p> <p>Fundusz Zrównoważony 2,75 proc.¹</p> <p>Fundusz Zrównoważony Aktywnej Selekcji opłata pośrednia²</p> <p>¹ W razie inwestycji pośrednich w certyfikaty inwestycyjne lub jednostki uczestnictwa emitowane lub zbywane przez fundusze inwestycyjne zarządzane przez Aviva Investors Poland Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A. opłata za zarządzanie i administrację danym ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym przewidziana w powyższej tabeli zostanie pomniejszona o pobierane przez to towarzystwo funduszy inwestycyjnych opłaty i wynagrodzenie w związku z takim sposobem inwestowania aktywów funduszu.</p> <p>² Towarzystwo nie pobiera opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym bezpośrednio z aktywów tego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego (dalej: UFK). W związku z tym, że aktywa UFK są lokowane w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty funduszy inwestycyjnych, rolę takiej opłaty pełni wynagrodzenie za zarządzanie tymi funduszami inwestycyjnymi pobierane przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych (dalej: TFI). Lista funduszy inwestycyjnych, w których jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne były inwestowane środki UFK wraz z wysokością opłat za zarządzanie tymi funduszami inwestycyjnymi, jest dostępna na stronie internetowej Towarzystwa. Z pobranej opłaty za zarządzanie funduszem inwestycyjnym TFI przekazuje Towarzystwu wynagrodzenie w formie świadczenia dodatkowego.</p> <p>Wysokość opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym może zostać podwyższona raz na 12 (dwanaście) kolejnych miesięcy – maksymalnie o 0,5 (pół) punktu procentowego w porównaniu z opłatą wcześniejszą, przy czym wzrost opłaty może nastąpić pod warunkiem wystąpienia w okresie od 31 grudnia 2017 roku przynajmniej jednego z poniższych czynników:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ogłoszenia przez Główny Urząd Statystyczny informacji o wysokości wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych lub wskaźnika wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, - wprowadzenia nowych lub zmiany istniejących, powszechnie obowiązujących przepisów prawa dotyczących działalności ubezpieczeniowej, inwestycyjnej lub finansowej i skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa, - zmiany lub pojawienia się nowych interpretacji powszechnie obowiązujących przepisów prawa na skutek orzeczeń sądów lub decyzji, rekomendacji, wytycznych lub zaleceń lub innych ogłoszeń Komisji Nadzoru Finansowego, Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów, Rzecznika Finansowego lub organów władzy i administracji publicznej, skutkujących zwiększeniem obciążeń finansowych Towarzystwa. <p>O zmianie wysokości opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Towarzystwo informuje ubezpieczającego co najmniej 30 (trzydzieści) dni przed wprowadzeniem zmiany, a ubezpieczający ma prawo wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w OWU.</p>
Limity	
Minimalna składka jednorazowa	10 000 zł
Minimalna składka dodatkowa	1 000 zł
Minimalna wartość rachunku po wypłacie części jego wartości	5 000 zł



Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie SA
ul. Inflancka 4b, 00-189 Warszawa, tel. 22 557 44 44, e-mail: bok@aviva.pl, www.aviva.pl