



**OGÓLNE WARUNKI
INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
„OVB.Invest”
(IFK 4)**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest” (OWU) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwanym dalej Towarzystwem a ubezpieczającym i stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Do umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych OWU, stosuje się postanowienia Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 2

W umowie ubezpieczenia i w niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) cena nabycia – cena, po której nabywane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 2) cena umorzenia – cena, po której umarzane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 3) dzień wyceny – dzień wyceny aktywów oraz jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zdefiniowany w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 4) indeksacja – następujące w rocznicę polisy podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, zgodne z postanowieniami niniejszych OWU,
- 5) indywidualne konto jednostek uczestnictwa – wydzielony przez Towarzystwo rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 6) jednostki uczestnictwa – równe co do wartości, wydzielone części Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego dające prawo do proporcjonalnego udziału w jego aktywach netto,
- 7) maksymalna suma ubezpieczenia – wartość równa 200% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy, zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 8) minimalna suma ubezpieczenia – wartość równa 1% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy, zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 9) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w wyniku którego ubezpieczony zmarł przed upływem 180 dni od dnia nastąpienia tego zdarzenia i zdarzenie to stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu (wylewu),
- 10) okres rozliczeniowy – okres, za który powinna być opłacana należna składka ubezpieczeniowa, trwający w zależności od częstotliwości opłacania składek: miesiąc – przy miesięcznej, 3 miesiące – przy kwartalnej, 6 miesięcy – przy półrocznej i 12 miesięcy – przy rocznej częstotliwości opłacania składek,
- 11) opłacenie składki – uiszczenie przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, w pełnej należnej wysokości za okres rozliczeniowy,
- 12) osoba uprawniona – uposażony, a także każda inna niż uposażony, osoba fizyczna lub inny podmiot uprawniony w myśl niniejszych OWU do otrzymania świadczenia,
- 13) polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający jej warunki,
- 14) Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo w ramach niniejszych OWU,
- 15) rocznica polisy – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia przypadająca na następujące po sobie lata kalendarzowe,
- 16) rok polisowy – rok rozpoczynający się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz rok rozpoczynający się w każdą rocznicę polisy, a kończący się w dniu poprzedzającym kolejną rocznicę polisy,
- 17) składka alokowana – określona w niniejszych OWU część składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej, która przeznaczona jest na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 18) składka ubezpieczeniowa – kwota, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości i w terminach określonych w umowie ubezpieczenia,
- 19) suma ubezpieczenia – wartość w granicach od 1% do 200% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, zadeklarowanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 20) świadczenie – kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia i niniejszymi OWU,
- 21) ubezpieczający – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, przedsiębiorca lub inna jednostka organizacyjna zawierająca z Towarzystwem umowę Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym w oparciu o niniejsze OWU i zobowiązana do opłacania składek ubezpieczeniowych,
- 22) Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony przez Towarzystwo fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 23) ubezpieczony – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 24) umowa ubezpieczenia dodatkowego – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu ubezpieczonego,
- 25) uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego,
- 26) wartość polisy – wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa,
- 27) wartość wykupu – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa, pomniejszona o opłatę likwidacyjną, wypłacana na warunkach określonych w niniejszych OWU,
- 28) wiek ubezpieczonego – różnica pomiędzy rokiem bieżącym, a rokiem urodzenia ubezpieczonego,
- 29) wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia – poświadczony własnoręcznym podpisem przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa dokument sporządzony na formularzu Towarzystwa, w którym ubezpieczający wnioskuję o zawarcie umowy ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU,
- 30) wpłata dodatkowa – kwota, która może być opłacona poza należną składką ubezpieczeniową na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa,
- 31) zdarzenie ubezpieczeniowe – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o świadczenie na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia i niniejszych OWU.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w ramach umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, jest życie ubezpieczonego.
2. O ile umowa ubezpieczenia tak stanowi, zakres ubezpieczenia może być rozszerzony na podstawie umów dodatkowych zawartych między ubezpieczającym a Towarzystwem.

§ 4

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku śmierci ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia w wysokości wyższej z następujących wartości:
 - 1) aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego sumy ubezpieczenia,
 - 2) wartości polisy powiększonej o minimalną sumę ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 80 lat polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wartości polisy.
3. Wartość polisy wyliczana w przypadku śmierci ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1 pkt. 2) jest ustalana w oparciu o wycenę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w pierwszym dniu wyceny po dniu śmierci ubezpieczonego.
4. Wartość polisy wyliczana w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 80 lat, o której mowa w ust. 2 jest ustalana w oparciu o wycenę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w pierwszym dniu wyceny po zakończeniu roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 80 lat.
5. Dzień wyceny, o którym mowa w ust. 3 i ust. 4, określony jest w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzyskania od ubezpieczającego lub ubezpieczonego wszelkich informacji i dokumentów, świadczących o stanie zdrowia ubezpieczonego, oraz wszelkich innych informacji i dokumentów, mogących mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od stanu zdrowia ubezpieczonego, potwierdzonego wynikiem badań lekarskich, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.
4. Koszty badań lekarskich zleconych przez Towarzystwo, o których mowa w ust. 3, ponosi Towarzystwo.
5. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokonuje oceny stopnia ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innej dokumentacji wskazanej w ust. 2 i ust. 3.
6. Ocena stopnia ryzyka ubezpieczeniowego dokonywana przez Towarzystwo polega na określeniu prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostaną zawarte.
7. Ocena, o której mowa w ust. 6, dokonywana będzie, m.in. w oparciu o informacje dotyczące ubezpieczonego, w tym: stan zdrowia, płeć, wiek, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby, a także status majątkowy ubezpieczonego i ubezpieczającego.
8. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odroczenia terminu zawarcia umowy ubezpieczenia, odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez ubezpieczającego.
9. W przypadku odroczenia terminu lub odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 8, Towarzystwo dokona na rzecz ubezpieczającego zwrotu wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie 30 dni od daty powzięcia powyższej decyzji.
10. Jeżeli z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo wynika, że Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach, które będą odbiegać na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub OWU, Towarzystwo powiadomi o tym ubezpieczającego na piśmie, wskazując różnice między postanowieniami umowy a postanowieniami zawartymi w złożonym wniosku lub treści OWU.
11. W przypadku określonym w treści ust. 10, Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 7 dni, do wyrażenia sprzeciwu na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
12. W razie zgłoszenia sprzeciwu, w terminie wskazanym w ust. 11, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, z zastrzeżeniem zastosowania treści ust. 9, a tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem upływu terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu przez ubezpieczającego lub z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu ubezpieczającego na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
13. W przypadku braku sprzeciwu uznawać się będzie, że umowa doszła do skutku, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 5

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo spełni na rzecz osoby uprawnionej świadczenie zgodne z zasadami opisanymi w niniejszych OWU.
2. Towarzystwo ma obowiązek pisemnego poinformowania ubezpieczającego i ubezpieczonego, nie rzadziej niż raz w roku, o wysokości świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. W razie podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego całkowicie bądź częściowo niezgodnych z prawdą informacji lub oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia może odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli okoliczności, o których podano informacje, całkowicie bądź częściowo są niezgodne z prawdą lub miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
4. Jeżeli wiek lub płeć ubezpieczonego podano błędnie, Towarzystwo ma prawo do zmiany wysokości świadczenia należnego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia do kwoty, jaka byłaby należna, gdyby powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym.
5. Ubezpieczający i ubezpieczony mają obowiązek zgłaszania Towarzystwu w formie pisemnej zmian swojego nazwiska/nazwy i adresu oraz zmian nazwisk/nazw uposażonych.

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest:
 - 1) złożenie przez ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) opłacenie przez ubezpieczającego kwoty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości,
 - 3) akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo.
2. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia lub do wypełnienia nowego, w terminie podanym w wezwaniu.
3. W przypadku opisanym w ust. 2 tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w § 8, ulega zawieszeniu w okresie od daty otrzymania wezwania przez ubezpieczającego do daty otrzymania przez Towarzystwo kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub nie złoży nowego w terminie, o którym mowa w ust. 2, lub Towarzystwo nie zaakceptuje wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3), umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, natomiast Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
12. W razie zgłoszenia sprzeciwu, w terminie wskazanym w ust. 11, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, z zastrzeżeniem zastosowania treści ust. 9, a tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem upływu terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu przez ubezpieczającego lub z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu ubezpieczającego na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
13. W przypadku braku sprzeciwu uznawać się będzie, że umowa doszła do skutku, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 8

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z zachowaniem postanowień, o których mowa w § 14.
3. W przypadku zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę 50 000 zł.
4. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zatajenia lub podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego nieprawdziwych informacji we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, chyba

OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 7

1. Ubezpieczający i ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane im okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w innych dokumentach.

że powyższe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

5. W przypadku, gdy nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci na rzecz osoby uprawnionej świadczenie w wysokości dotychczas dokonanych wpłat.
6. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje we wskazanych poniżej terminach, w przypadku wystąpienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - 1) zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem poprzedzającym dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) niezawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 3) upływu okresu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – z upływem 60 dni od wskazanej w ust. 1 daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) niedostarczenia żądanych przez Towarzystwo dokumentów – z upływem terminu wyznaczonego przez Towarzystwo na ich dostarczenie, nie później jednak niż 60 dni od daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 16 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
3. Zakończenie okresu opłacania składek ubezpieczeniowych przypada najpóźniej na koniec roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 68 lat.
4. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
5. Z zastrzeżeniem treści § 7 ust. 13, umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą doręczenia przez Towarzystwo polisy ubezpieczającego.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego na okres nie krótszy niż 3 lata lub 10 lat w przypadku ubezpieczenia ze składką jednorazową i nie dłuższy niż do osiągnięcia przez ubezpieczonego 80 roku życia.
7. Otwarcie indywidualnego konta jednostek uczestnictwa następuje w dniu wystawienia polisy.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 10

1. Na podstawie niniejszych OWU umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej z zachowaniem postanowień § 19 ust. 4.
3. Od dnia podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązuje tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa na zasadach określonych w § 8 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.

§ 11

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ustaje z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa ustaje:
 - 1) z upływem ostatniego dnia okresu rozliczeniowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem postanowień § 20 ust. 4,
 - 2) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
 - 3) pierwszego dnia miesiąca, w którym wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu,
 - 4) z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 80 lat,
 - 5) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 16.

§ 12

Ustanie odpowiedzialności, o której mowa w § 11, nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składek ubezpieczeniowych za okres obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 13

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych OWU w przypadku:
 - 1) śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych,
 - 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 3) samobójstwa ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W przypadkach opisanych w ust. 1, Towarzystwo wypłaci wartość wykupu ubezpieczenia na zasadach określonych w § 33 niniejszych OWU.

§ 14

W przypadku gdy przyczyną śmierci ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego w następującym:

- 1) zdarzeń określonych w § 13 niniejszych OWU,
- 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
- 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
- 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
- 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 15

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.

3. Następnym odstąpienia od umowy ubezpieczenia jest jej rozwiązanie z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 16

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
2. Następnym wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia.
3. Towarzystwo uprawnione będzie do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ze skutkiem natychmiastowym, nie później jednak niż przed upływem trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku, gdy ubezpieczający lub ubezpieczony przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podał niezgodne z prawdą informacje/wiadomości, które stanowiły podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, w szczególności, o których mowa w § 7.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 17

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu najwcześniej zaistniałego zdarzenia z wymienionych poniżej:

- 1) w dniu odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) z upływem ostatniego dnia okresu rozliczeniowego, za który opłacona została ostatnia składka ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem § 34 ust. 1 i ust. 3, jeżeli składka ubezpieczeniowa nie została opłacona w dodatkowym terminie wskazanym przez Towarzystwo, zgodnie z postanowieniami § 20 ust. 3,
- 3) gdy wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie opłat związanych z umową ubezpieczenia w danym miesiącu,
- 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
- 5) w dniu śmierci ubezpieczonego.

ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 18

1. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia możliwa jest zmiana ubezpieczającego, z zachowaniem postanowień § 9 ust. 1.
2. Zmiana dokonywana jest na podstawie pisemnego wniosku, sporządzonego na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez obecnego ubezpieczającego oraz przez osobę fizyczną, bądź reprezentanta przedsiębiorcy lub jednostki organizacyjnej, która przejmie prawa i obowiązki ubezpieczającego.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego, na podstawie prawomocnego postanowienia sądu, prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia przechodzą na spadkobierców dotychczasowego ubezpieczającego. Spadkobiercy mają prawo wyznaczyć nowego ubezpieczającego, wypełniając odpowiedni formularz Towarzystwa i dołączając prawomocne postanowienie sądu, potwierdzające ich prawa.
4. Zmiana ubezpieczającego następuje z dniem doręczenia Towarzystwu właściwego i kompletnego formularza, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 19

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7.
2. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie składek ubezpieczeniowych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną albo jednorazowej składki ubezpieczeniowej, zgodnie z dyspozycją ubezpieczającego wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Minimalną wysokość składki ubezpieczeniowej ustala Towarzystwo. Dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka wpłynie na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, wskazany w umowie ubezpieczenia.
4. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej powinna być dokonana przez ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany

przez Towarzystwo, w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

5. Ubezpieczający ma prawo do złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składek ubezpieczeniowych. Wniosek zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych.
6. Towarzystwo dokona zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej w najbliższym możliwym terminie, zależnym od aktualnie obowiązującej i wnioskowanej przez ubezpieczającego częstotliwości opłacania składek.
7. Towarzystwo powiadomi ubezpieczającego na piśmie o dokonanej zmianie częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, podając dzień z jakim ta zmiana wchodzi w życie.
8. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w wymaganym terminie, kolejna opłacona składka zaliczona zostanie na poczet pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.
9. Przekazanie jednostek uczestnictwa na indywidualne konto jednostek uczestnictwa następuje po cenie nabycia, w terminach określonych w § 20 ust. 2.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wyznaczenia innych niż określone w § 20 ust. 2 terminów, w których może nastąpić przekazanie wpłat dodatkowych na indywidualne konto jednostek uczestnictwa.
11. W przypadku opłacenia składki jednorazowej, opłaty, o których mowa w § 27 ust. 4, są pobierane z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa, począwszy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 20

1. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane z góry do daty, z którą stają się one wymagalne.
2. Składka ubezpieczeniowa staje się wymagalna z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczyna się okres, za który składka jest opłacana, zgodnie z postanowieniami § 19 ust. 2 i ust. 4.
3. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w terminach, o których mowa w ust. 2, Towarzystwo wezwie na piśmie ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu, podając skutki jej nieopłacenia w tym terminie.
4. Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej w okresie pierwszych 30 dni, licząc od dnia powstania zaległości w opłacie składki ubezpieczeniowej.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH

§ 21

1. Nie wcześniej niż po upływie trzeciej rocznicy polisy, ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia należnych składek ubezpieczeniowych oraz zgromadzenia wartości jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w wysokości nie niższej niż ustalonej przez Towarzystwo.
3. Zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może obejmować wyłącznie pełne okresy, zgodnie z ustaloną w umowie ubezpieczenia częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej.
4. Po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, opłata składki ubezpieczeniowej może zostać zawieszona na okres nie dłuższy niż 24 miesiące, licząc od pierwszego dnia następującego po okresie, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa.
5. W okresie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych Towarzystwo obejmuje ubezpieczonego pełną ochroną ubezpieczeniową oraz pobiera opłaty określone w niniejszych OWU.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć pisemny wniosek o wcześniejsze zakończenie okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych oraz jest zobowiązany do opłacenia kolejnej składki ubezpieczeniowej najpóźniej do pierwszego dnia okresu, zgodnego z częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej, przypadającego po dacie zakończenia okresu zawieszenia opłacania składek.
7. Ponowne zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może nastąpić po upływie dwóch lat, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych.

8. Zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może nastąpić co najwyżej dwukrotnie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
9. W trakcie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do indeksacji na zasadach określonych w § 25.
10. W trakcie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych, opłaty, o których mowa w § 27 ust. 4, są pobierane z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.

WPLĄTY DODATKOWE

§ 22

1. W ramach zawartej umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych.
2. W przypadku gdy składka ubezpieczeniowa nie została opłacona zgodnie z postanowieniami § 20 ust. 2, każda kolejna wpłata dodatkowa, dokonana przez ubezpieczającego, zostanie w całości lub odpowiedniej części zaliczona na poczet zaległej składki ubezpieczeniowej.
3. Wpłaty dodatkowe są przeznaczane na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych na zasadach określonych w niniejszych OWU i Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
4. Dokonanie przez ubezpieczającego wpłaty dodatkowej powinno zostać potwierdzone przez niego pisemnie na formularzu Towarzystwa wraz ze wskazaniem deklarowanych proporcji jej podziału pomiędzy poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
5. W przypadku niewskazania proporcji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo uzna jako obowiązujący ostatni, zadeklarowany podział dla składki ubezpieczeniowej, z zachowaniem postanowień § 26 ust. 1.
6. Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej jest ustalana przez Towarzystwo.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 23

1. Suma ubezpieczenia określona jest w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia deklarowana jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a jej wysokość powinna zawierać się w granicach określonych w § 2 pkt. 19).
3. Ostateczna wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 i § 9.

ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 24

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wnioski o obniżenie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo rozpatrzy wnioski, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.
3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia w granicach pomiędzy minimalną i maksymalną sumą ubezpieczenia, o których mowa w § 2 pkt. 7) i pkt. 8), nie powoduje konieczności zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej.
4. Możliwe jest podwyższenie sumy ubezpieczenia powyżej maksymalnej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem podwyższenia składki ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo rozpatrzy wnioski o obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej, jeśli od daty zawarcia umowy ubezpieczenia minął okres co najmniej trzech lat, a wnioskowana wysokość składki ubezpieczeniowej nie jest niższa niż kwota określona w myśl § 19 ust. 3.
6. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7, § 19 ust. 1 oraz § 23 ust. 3.
7. W przypadku urodzenia dziecka ubezpieczonego lub zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego Towarzystwo może wyrazić zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia do 30% jej dotychczasowej wartości, bez konieczności poddawania się przez ubezpieczonego

dodatkowym badaniom lekarskim. Tak wyliczona suma ubezpieczenia nie może przekroczyć maksymalnej granicy sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia będącego podstawą podwyższenia sumy ubezpieczenia.

8. Towarzystwo może wyrazić zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia na zasadach opisanych w ust. 7, pod warunkiem otrzymania odpowiednich dokumentów potwierdzających narodziny dziecka ubezpieczonego lub zawarcie przez ubezpieczonego związku małżeńskiego.
9. Zmiana składki ubezpieczeniowej skutkuje zmianą sum ubezpieczenia z tytułu zawartych umów dodatkowych na zasadach w nich określonych.
10. Po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do minimalnej sumy ubezpieczenia.
11. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej obowiązuje od dnia wystawienia przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego dokonaną zmianę.

INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 25

1. W każdą rocznicę polisy ubezpieczający ma prawo do podwyższenia wysokości składki ubezpieczeniowej i wynikającej z niej podwyższonej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji bez konieczności poddawania się przez ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim.
2. Towarzystwo przekaze ubezpieczającemu pisemną propozycję nowej wysokości sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed każdą kolejną rocznicą polisy.
3. Wskaźnik indeksacji jest ustalany przez Towarzystwo.
4. Ubezpieczający ma prawo wyboru odmiennego od proponowanego przez Towarzystwo wskaźnika indeksacji, w granicach wskazanych w ust. 3, jak również prawo do rezygnacji z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
6. W przypadku gdy ubezpieczający nie wyrazi zgody na indeksację, jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie 14 dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 2, w terminie tam określonym.
7. Indeksacja nie jest możliwa:
 - 1) jeżeli Towarzystwo przejęło obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) jeżeli ubezpieczający nie wyraził zgody na indeksację w dwóch kolejno następujących po sobie rocznicach polisy, w których Towarzystwo zaproponowało ubezpieczającemu indeksację,
 - 3) w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 4) począwszy od roku polisowego, w którym ubezpieczony przekroczył wiek 65 lat,
 - 5) w ostatnich 3 latach okresu opłacania składek ubezpieczeniowych.

PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ MIĘDZY UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE I KONWERSJA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 26

1. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1, deklarowane proporcje podziału składki ubezpieczeniowej przeznaczonej na zakup jednostek uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do ustalenia nowych proporcji podziału składki ubezpieczeniowej przekazywanej na wybrane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 2, będzie dotyczyła wszystkich opłacanych składek ubezpieczeniowych, wymagalnych po jej zarejestrowaniu przez Towarzystwo.

4. Wniosek dotyczący zmiany, o której mowa w ust. 2, powinien zostać sporządzony na formularzu Towarzystwa i zostanie rozpatrzony, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.
5. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do dokonania konwersji jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, powinien zostać sporządzony na formularzu Towarzystwa i zostanie rozpatrzony, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.

ALOKACJA SKŁADKI

§ 27

1. Składki ubezpieczeniowe i wpłaty dodatkowe przeznaczane są na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo, na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych po pomniejszeniu o opłaty i koszty wskazane w ust. 2-4.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pobierania ze składek ubezpieczeniowych oraz wpłat dodatkowych, kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia oraz opłat administracyjnych.
3. Koszty zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, nie mogą być wyższe niż:
 - 1) w każdym z pierwszych trzech lat od dnia jej zawarcia – 2,667% sumy zadeklarowanych składek ubezpieczeniowych należnych za cały okres umowy ubezpieczenia,
 - 2) we wszystkich latach trwania umowy ubezpieczenia – 5% wartości należnych składek ubezpieczeniowych,
 - 3) dla wpłat dodatkowych – do 6% ich wartości,
 - 4) w przypadku opłacenia składki jednorazowej – do 7% jej wartości.
4. Opłaty administracyjne, o których mowa w ust. 2, nie są pobierane w ciągu pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, natomiast w kolejnych latach nie mogą być wyższe niż 11,67 zł w skali miesiąca i pobierane są z góry, zgodnie z częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej.
5. W przypadku opłacania składki jednorazowej opłaty administracyjne, o których mowa w ust. 2 pobierane są co miesiąc począwszy od pierwszego roku trwania umowy ubezpieczenia w wysokości 11,67 zł w skali miesiąca.
6. Towarzystwo może dokonywać indeksacji opłat administracyjnych, nie częściej niż raz na 12 miesięcy i nie więcej niż o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za poprzedni rok.

OPŁATY ZA OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ I OPŁATY MANIPULACYJNE

§ 28

1. W związku z zawartą umową ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do comiesięcznego pobierania:
 - 1) opłaty za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym,
 - 2) opłaty za ryzyko z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostały zawarte,
 - 3) opłaty manipulacyjnej z tytułu bieżących kosztów administrowania indywidualnym kontem jednostek uczestnictwa w wysokości nie wyższej niż 0,05% wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
2. Towarzystwo nie pobiera opłat manipulacyjnych z tytułu dokonania konwersji jednostek uczestnictwa pomiędzy Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi.
3. Opłaty, o których mowa w ust. 1, pobierane są poprzez umorzenie stosownej liczby jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, w pierwszym dniu każdego miesiąca kalendarzowego, na który możliwa jest wycena indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
4. Ilość umarzanych jednostek uczestnictwa zależy od ceny umorzenia jednostek uczestnictwa oraz bieżącej wysokości pobieranych opłat w dniu ich naliczenia.
5. Jednostki uczestnictwa, określone w ust. 4, są umarzane proporcjonalnie do udziału w wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa

każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych na nim zaewidencjonowanych.

6. Opłata za ryzyko, o której mowa w ust. 1 pkt. 1), ustalana jest co miesiąc i stanowi iloczyn:
 - sumy ubezpieczenia pomniejszonej o wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa (ustaloną na podstawie wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa na pierwszy z ostatnich dwóch dni poprzedniego miesiąca kalendarzowego, na który są możliwe do ustalenia wartości jednostek uczestnictwa na nim zaewidencjonowanych), pomniejszonej o wartość należnej za bieżący miesiąc alokowanej składki ubezpieczeniowej oraz powiększonej o opłaty manipulacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt. 3), podzielonej przez prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia ubezpieczonego
- i
- miesięcznego prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia miesięcznego wskaźnika śmiertelności, o którym mowa w ust. 6, w przypadku stwierdzenia zgodnie z postanowieniami § 7, zwiększonego prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego.

§ 29

Z wszelkich wypłat dokonywanych przez Towarzystwo w innej formie niż przelew bankowy mogą być potrącane należne opłaty, zgodnie z powszechnie obowiązującymi stawkami.

OPŁATA LIKWIDACYJNA

§ 30

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pobierania opłaty likwidacyjnej przy wypłacie wartości wykupu.
2. Wysokość opłaty likwidacyjnej zależy od okresu trwania umowy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.
3. W przypadku składek ubezpieczeniowych opłacanych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokościach wskazanych w poniższej tabeli (Tab. 1):

Tab. 1.

Rok polisowy	Opłata jako % wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa
3	50%
4	30%
5	20%
6	10%
7	9%
8	8%
9	7%
10	6%
11	5%
12	4%
13	3%
14	2%
15 i więcej	1%

4. W przypadku opłacenia składki jednorazowej, opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokościach wskazanych w poniższej tabeli (Tab. 2):

Tab. 2.

Rok polisowy	Opłata jako % wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa
1	3%
2	2%
3	1%
4 i więcej	0,5%

5. W przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu, o której mowa w § 33 ust. 4, mają zastosowanie postanowienia ust. 3 i ust. 4.
6. Opłata likwidacyjna w przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu nie może być niższa od kwoty 40 zł.
7. Opłata likwidacyjna skutkuje pomniejszeniem kwoty wartości wykupu, uzyskanej po umorzeniu jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa.
8. W przypadku wypłaty wartości wykupu po zakończeniu deklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych, opłata likwidacyjna nie jest pobierana.
6. W przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu o kwotę wnioskowanej wypłaty.
7. Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowej wartości wykupu nie częściej niż raz w ciągu roku polisowego.
8. Wartość, o której mowa w ust. 1, 4 lub 5, jest przekazywana na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczającego we wniosku o wypłatę wartości wykupu lub w innej formie, zgodnie z dyspozycjami przekazanymi Towarzystwu przez ubezpieczającego, w ciągu 30 dni od daty rozwiązania umowy lub otrzymania wniosku o wypłatę częściowej wartości wykupu.

OPLATA ZA ZARZĄDZANIE ORAZ RÓŻNICA CENY NABYCIA I CENY UMORZENIA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 31

1. Towarzystwo pobiera z tytułu zarządzania Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi opłatę za zarządzanie w wysokości i na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych zawiera wskaźnik maksymalnej różnicy pomiędzy ceną nabycia a ceną umorzenia jednostki uczestnictwa w zakresie każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 2, naliczany jest w stosunku do wartości składki alokowanej wskazanej w § 27 ust. 1.

REDUKCJA OPŁAT I ZWROT OPŁATY ZA ZARZĄDZANIE

§ 32

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do czasowego obniżenia lub czasowego zaniechania pobierania opłat oraz do zwrotu opłat, o których mowa w niniejszych OWU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zasilania indywidualnego konta jednostek uczestnictwa dodatkową liczbą jednostek uczestnictwa, równą wysokości połowy opłaty za zarządzanie. Operacja może być realizowana miesięcznie po upływie wskazanego w poniższej tabeli (Tab. 3) zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych pod warunkiem ich terminowego opłacania.

Tab. 3.

Długość zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych	Maksymalny okres zasilania indywidualnego konta jednostek uczestnictwa zgodnie z postanowieniami § 32 ust. 2
16 lat	1 rok
17 lat	2 lata
18 lat	3 lata
od 19 do 22 lat	4 lata
od 23 do 27 lat	5 lat
od 28 do 32 lat	6 lat
powyżej 33 lat	7 lat

WARTOŚĆ WYKUPU

§ 33

1. Po upływie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych, ubezpieczającemu przysługuje wypłata wartości wykupu, z uwzględnieniem opłaty likwidacyjnej uzależnionej od okresu trwania umowy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 30.
2. Wartość wykupu, o której mowa w ust. 1, jest wypłacana przez Towarzystwo w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia oraz w przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2 oraz § 17 pkt. 2).
3. Od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości wykupu zaczyna swój bieg 30-dniowy okres wypowiedzenia, o którym mowa w § 16.
4. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o wypłatę częściowej wartości wykupu, z zastrzeżeniem postanowień § 30.
5. Kwota częściowej wartości wykupu nie może być wyższa niż 10% wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
9. Wypłata częściowej wartości wykupu może zostać dokonana przez Towarzystwo na pisemny wniosek ubezpieczającego:
 - 1) w każdym czasie – w umowie ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową,
 - 2) najwcześniej po dniu zakończenia drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych – w umowie ubezpieczenia ze składką ubezpieczeniową opłacaną w okresach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych.
10. Wartość wykupu jest ustalana w oparciu o cenę umorzenia jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny następującym po dniu rozwiązania umowy.
11. Wypłata wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
12. W przypadku śmierci ubezpieczającego po dacie rozwiązania umowy, lecz przed dokonaniem przez Towarzystwo należnej wypłaty wartości wykupu, jej wypłata nastąpi na rzecz spadkobierców ubezpieczającego po otrzymaniu przez Towarzystwo prawomocnego postanowienia sądu potwierdzającego ich uprawnienia do spadku.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 34

1. Po upływie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych, umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w ust. 1, jest dokonywane na pisemny wniosek ubezpieczającego lub w przypadku, o którym mowa w § 17 pkt. 2).
3. Minimalna wymagana wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ustalana przez Towarzystwo.
4. Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje z dniem wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.
5. W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego mają zastosowanie odpowiednie postanowienia niniejszych OWU dotyczące opłat i kosztów.
6. W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego opłaty, o których mowa w § 27 ust. 4, są pobierane z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
7. W przypadku gdy w danym miesiącu wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa obniży się poniżej wartości ustalonej przez Towarzystwo, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa pierwszego dnia tego miesiąca, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
8. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty wartości wykupu w okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego na zasadach określonych w § 33.
9. Suma ubezpieczenia w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego równa jest iloczynowi stosunku sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe do zadeklarowanej sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy oraz sumy dotychczas opłaconych składek.
10. Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca z tytułu zawartych umów dodatkowych nie wygasa w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego, chyba że treść ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowę dodatkowe, stanowi inaczej.
11. W razie przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo może wyrazić zgodę na wznowienie przez ubezpieczającego opłacania składek ubezpieczeniowych, o ile od daty przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie upłynął okres dłuższy niż 24 miesiące.

12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania odmiennych warunków ubezpieczenia niż dotychczasowe, z zachowaniem postanowień § 7, § 19 ust. 1, § 23 ust. 3.
 13. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczający może dokonywać wpłat dodatkowych na zasadach określonych w § 22, z wyłączeniem ust. 2 § 22.
5. Prawo do domagania się dodatkowych dokumentów, uzasadniających wypłatę świadczenia oraz prawo do ustalenia okoliczności zdarzenia przysługuje Towarzystwu również po wypłacie świadczenia.

§ 37

1. W terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, Towarzystwo informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie, którego celem jest ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
 2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.
 3. Towarzystwo wypłaca świadczenie najpóźniej w terminie 30 dni od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia wraz z wymaganymi dokumentami.
 4. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsportną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
 5. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje osobę uprawnioną o przysługującym mu trybie dochodzenia roszczeń.
 6. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, za wyjątkiem przypadków, gdy naruszałyby to obowiązujące przepisy prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych.
1. Ubezpieczony ma prawo do imiennego wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przynajmniej jednego uposażonego oraz ustalenia procentowego udziału uposażonych w świadczeniu.
 2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym momencie jej trwania.
 3. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
 4. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego.
 5. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu uposażonego zawierające datę oraz podpis ubezpieczonego wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.
 6. Jeżeli jeden z kilku uposażonych zmarł lub został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, jego udział w wypłacanym świadczeniu przechodzi na pozostałych uposażonych proporcjonalnie do posiadanych przez nich udziałów.
 7. Jeżeli uposażony umyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci, świadczenie wypłacane jest według zasady określonej w ust. 6, z wyłączeniem danego uposażonego.
 8. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo, gdy jedyny wskazany uposażony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego w kolejności i w częściach, w jakich dziedziczyliby jako spadkobiercy ustawowi.
 9. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 8, świadczenie wypłacane jest tym osobom, które pokryły koszty pogrzebu ubezpieczonego, do wysokości udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 38

Z kwoty wypłacanego świadczenia potrącana jest kwota zaległych składek ubezpieczeniowych.

OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

§ 39

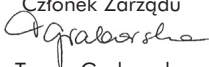
1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają strony, powinny być dokonywane na piśmie pod rygorem nieważności, na ostatni znany adres, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.
 2. Każdy wniosek dotyczący umowy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku, chyba że treść niniejszych OWU stanowi inaczej.
 3. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 2, jest niekompletny lub wypełniony nieprawidłowo Towarzystwo wyznaczy osobie składającej wniosek dodatkowy termin na uzupełnienie wniosku lub dostarczenie niezbędnych dokumentów.
 4. Jeżeli osoba składająca wniosek nie uzupełni wniosku lub nie dostarczy wymaganych dokumentów w wyznaczonym terminie, jej wniosek uznaje się za bezskuteczny, m.in. uznawać się będzie, że osoba uprawniona nie zgłosiła Towarzystwu roszczenia o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia, jak też nie zgłosiła zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
 5. Jeżeli ubezpieczający, ubezpieczony albo uposażony zmienił adres zamieszkania lub siedzibę i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni wskazany adres. Strony uznają, że w takim wypadku pismo wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata.
3. Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa.
 4. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, akt zgonu oraz inne dokumenty powinny być potwierdzone przez polską placówkę dyplomatyczną i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

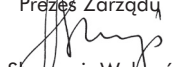
POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 40

1. Wszelkie załączniki i aneksy sporządzone do umowy ubezpieczenia oraz polisa stanowią jej integralną część.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmiennie od ustalonych w niniejszych OWU.

3. Skargi na działania Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej do Zarządu Towarzystwa.
4. Skarga powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
5. Spory sądowe wynikające z umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, rozstrzygane są według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty kwot z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych OWU, podlegają stosownym przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.
7. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU lub postanowieniach umowy mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1151, z późniejszymi zmianami).
8. Niniejsze OWU, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do zawartych umów Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest” oraz złożonych wniosków, o których mowa w § 6 ust. 1, począwszy od dnia 01.07.2005 r.

Członek Zarządu

 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu

 Sławomir Waleryś

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADKĘ ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

(INK 4)

§ 1

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego (INK 4) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest” (OWU), zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej ASPECTA ŻYCIE lub Towarzystwem.

§ 2

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w wyniku którego ubezpieczony zmarł przed upływem 180 dni od dnia nastąpienia tego zdarzenia i zdarzenie to stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu (wylewu),
- 3) wypadek komunikacyjny – nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem mechanicznych pojazdów lądowych (z wyłączeniem pojazdów jednośladowych), statków albo statków powietrznych, zaistniały w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w następstwie którego ubezpieczony zmarł przed upływem 180 dni od dnia nastąpienia tego zdarzenia i zdarzenie to stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego,
- 4) mechaniczny pojazd lądowy – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus lub inny pojazd, jeżeli spełnia warunki techniczne obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego, z wyłączeniem pojazdów stosowanych do celów specjalnych,
- 5) statek – statek lub prom dopuszczony w myśl właściwych przepisów do wykonywania drogą wodną przewozów wycieczkowych, transportowych, a także regularnych połączeń komunikacyjnych,
- 6) statek powietrzny – samolot lub śmigłowiec realizujący połączenia lotnicze, należący do przewoźników zrzeszonych w IATA (Międzynarodowe Zrzeszenie Przewoźników Powietrznych).

§ 3

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie OWU oraz z początkiem każdego kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po dacie rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2.

§ 4

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

§ 6

Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 23 OWU, w przypadku określonym w § 5 ust. 2 pkt. 1) oraz dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, o której mowa w § 23 OWU, w przypadku określonym w § 5 ust. 2 pkt. 2), niezależnie od świadczeń wypłacanych z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1) i innych umów ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 3 ust. 2 OWU.

§ 7

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 9

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli przyczyną śmierci ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek lub wypadek komunikacyjny, który nastąpił w związku lub w następstwie:

- 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
- 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
- 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
- 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
- 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku albo wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 10

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest osoba uprawniona do świadczenia zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.

§ 11

- 1) Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
- 2) Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony, a także wszelkie inne dokumenty potwierdzające przyczynę i okoliczności śmierci ubezpieczonego.

§ 12

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

1. najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
2. po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).

§ 13

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 14

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

(ITU 4)

§ 1

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 4) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest” (OWU), zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej ASPECTA ŻYCIE lub Towarzystwem.

§ 2

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) nieszczęśliwy wypadek – nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w wyniku którego ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu (wylewu),
- 3) trwałe uszczerbek na zdrowiu – nieodwracalne, według wiedzy medycznej, upośledzenie czynności narządu lub układu organizmu ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku – zwany dalej także trwałym uszczerbkiem.

§ 3

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie OWU oraz z początkiem każdego kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po dacie rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2.

§ 4

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.

3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej, oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 6

1. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości określonej w polisie za każdy procent uznanego przez Towarzystwo trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie będzie niższy niż 7%.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nastąpił w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem ubezpieczonego, przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach,
 - 2) do trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten stanowił wyłączną i bezpośrednią przyczynę powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Łączny procent trwałego uszczerbku stanowiący podstawę do wypłaty świadczenia orzeczony przez Towarzystwo z tytułu jednego bądź wielu nieszczęśliwych wypadków nie może przekroczyć 100%.

§ 7

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli przyczyną trwałego uszczerbku był nieszczęśliwy wypadek, który nastąpił w związku lub w następstwie:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo,

- lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 - 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli ubezpieczony zmarł w okresie do 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku, na skutek którego wystąpił u ubezpieczonego trwały uszczerbek na zdrowiu, to świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, nie przysługuje. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, wypłacone na podstawie umowy, o której mowa w § 2 pkt. 1), będzie pomniejszone o świadczenie wypłacone z umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.
 3. W przypadku, gdy trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w obrębie narządu, organu lub zmysłu, którego funkcje przed dniem nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, stopień trwałości uszczerbku, jakiego doznał ubezpieczony, ustalany jest jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu, organu lub zmysłu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
 4. Jeżeli w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu występuje kolejny trwały uszczerbek, świadczenie Towarzystwa wypłacane jest w wysokości różnicy pomiędzy wartością wyliczonego świadczenia a wartością świadczenia już wypłaconego z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego trwałego uszczerbku w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu.

§ 10

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków jest ubezpieczony.

§ 11

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony powinien starać się o złagodzenie jego skutków, między innymi poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy leczeniu.
2. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać Towarzystwu informacje o okolicznościach wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w tym także dokumentację medyczną od lekarzy sprawujących opiekę nad ubezpieczonym.
3. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1 lub ust. 2, co miało wpływ na ustalenie okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 12

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ASPECTA ŻYCIE wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie trwałego uszczerbku,
 - 2) raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
 - 3) zaświadczenie o zakończeniu leczenia wystawione przez lekarza prowadzącego,
 - 4) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wystąpieniu i stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. ASPECTA ŻYCIE może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza się po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności pozwalających na ustalenie stopnia trwałego uszczerbku z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego.

§ 13

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:
 - 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
 - 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
 - 3) w przypadku, gdy łączny procent orzeczonych trwałych uszczerbków z tytułu jednego bądź wielu nieszczęśliwych wypadków przekroczy 100%.
2. W przypadku, gdy łączna suma stopni orzeczonych trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, przekroczy 100%, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do 100% sumy ubezpieczenia, a odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy wygasa.
3. Wysokość świadczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć 1200 zł.

§ 14

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie postanowienia OWU z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 15

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (IPZ 4)

§ 1

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania (IPZ 4) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie

z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest” (OWU), zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej ASPECTA ŻYCIE lub Towarzystwem.

§ 2

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OVB.Invest”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) poważne zachorowanie – zdarzenie określone w § 6 ust. 1 niniejszych Ogólnych Warunków,
- 3) dzień zajścia zdarzenia – początkowy dzień kalendarzowy wystąpienia poważnego zachorowania lub dzień postawienia przez lekarza specjalistę diagnozy potwierdzającej zgodność odpowiedniej jednostki chorobowej z definicją przyjętą przez Towarzystwo, o ile nie można ustalić początkowego dnia wystąpienia poważnego zachorowania; data przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego [poważne zachorowania określone w § 6 ust. 1 pkt. 2) i pkt. 6)].

§ 3

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie OWU oraz z początkiem każdego kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po dacie rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2.

§ 4

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w § 6 ust. 1.

§ 6

1. Umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, objęte jest wystąpienie u ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem ust. 2:
 - 1) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być udokumentowane przez:
 - a) typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) nowe charakterystyczne dla zawału serca zmiany w EKG,
 - c) podwyższony poziom specyficznych enzymów sercowych, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) z podwyższonym poziomem Troponiny I lub Troponiny T,
 - b) inne postacie niewydolności wieńcowej.
 - 2) chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych (by pass) – zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzony na otwartym sercu, polegający na wszczępieniu pomostów naczyniowych w celu korekty zwężenia lub zamknięcia dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; operacja musi zostać potwierdzona angiografią.
Ubezpieczeniem nie są objęte wszelkie inne zabiegi udrażniania tętnic wieńcowych: angioplastyka, aterektomia, techniki laserowe i inne techniki nieoperacyjne.
 - 3) nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się obecnością złośliwego guza, niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, naciekaniem tkanek i tworzeniem odległych przerzutów.
Pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki nieziarnicze.
Rozpoznanie nowotworu złośliwego powinno być udokumentowane badaniem histopatologicznym potwierdzonym przez specjalistę histopatologa.
Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) rak podstawnomórkowy, rak płaskomórkowy oraz czerniak złośliwy w stadium IA (T1a N0 M0),
 - b) wszystkie nowotwory, jeśli przy badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy, przedinwazyjny lub nieinwazyjny in situ,
 - c) każdy rak szyjki macicy w stopniu CIN,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - f) rak gruczołu krokowego w stopniu 1 (T1a, 1b, 1c).
 - 4) udar mózgu – nagły incydent naczyniowo-mózgowy (zawał, zator, krwotok) powodujący trwałe uszkodzenie mózgu, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych, trwających nie krócej niż 24 godziny, udokumentowany badaniem lekarskim oraz tomografią komputerową lub rezonansem magnetycznym potwierdzającymi istnienie neurologicznych objawów ubytkowych przez okres dłuższy niż 3 miesiące.
Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA),
 - b) uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego na skutek urazu,
 - c) objawy neurologiczne spowodowane migreną.
 - 5) niewydolność nerek – końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego powstała konieczność regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
 - 6) transplantacja organów – zabieg polegający na przeszczepieniu ubezpieczonemu jako biorcy jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki, szpiku kostnego.
2. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązkowej wypłacie świadczenia w wysokości:

- 1) sumy ubezpieczenia o równoważności 30% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1), jednak nie więcej niż 9000 zł w przypadku zajścia pierwszego poważnego zachorowania,
- 2) sumy ubezpieczenia o równoważności 15% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1), jednak nie więcej niż 4500 zł w przypadku zajścia drugiego poważnego zachorowania.

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się począwszy od 91 dnia, licząc od dnia zawarcia niniejszej umowy.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:
 - 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
 - 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).
3. Z dniem wystąpienia u ubezpieczonego któregokolwiek z poważnych zachorowań określonych w § 6 ust. 1, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie wystąpienia kolejnego takiego samego poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego:
 - 1) zawału serca, udaru mózgu, konieczności przeprowadzenia chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych (by pass) oraz w przypadku transplantacji serca spowodowanej chorobą wieńcową, zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań,
 - 2) przeszczepu szpiku kostnego po przebytej terapii nowotworowej, zostanie wypłacone świadczenie tylko z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego.
5. Jeżeli ubezpieczony zmarł na skutek poważnego zachorowania przed upływem 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, nie przysługuje. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, wypłacone na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1), będzie pomniejszone o świadczenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 8

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach w przypadku poważnych zachorowań, które:
 - 1) wystąpiły lub zostały zdiagnozowane przez lekarza specjalistę u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki,
 - 2) są następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły lub zostały zdiagnozowane u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego nastąpiło w związku lub było wynikiem:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu,

przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączaąc przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
- 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
- 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 9

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, stanowi iloczyn wartości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1) oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 10

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony.

§ 11

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ASPECTA ŻYCIE wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
 - 2) karty informacyjne leczenia szpitalnego z potwierdzeniem rozpoznania choroby,
 - 3) karty leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - 4) opinię lekarza prowadzącego,
 - 5) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wystąpieniu poważnego zachorowania Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. ASPECTA ŻYCIE może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub placówki medyczne. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.

§ 12

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 13

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania.

**OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO
UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ZDOLNOŚCI DO
OPŁACANIA SKŁADEK PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO NA SKUTEK
TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA
(IOS 4)**

§ 1

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa (IOS 4) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OV.B.Invest” (OWU), zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej ASPECTA ŻYCIE lub Towarzystwem.

§ 2

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OV.B.Invest”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) trwałe całkowite inwalidztwo – będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub zmysłu ubezpieczonego, które uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub przynoszącej dochód, nieprzerwanie, przez okres co najmniej kolejnych 6 miesięcy od daty powstania trwałego całkowitego inwalidztwa, o ile według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy lub jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub przynoszącej dochód.

§ 3

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa jednocześnie wyłącznie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1).

§ 4

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie przez ubezpieczającego, będącego jednocześnie osobą ubezpieczoną, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 1, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU ukończył 18 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 3) przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia nie może zostać zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków w przypadku opłacenia składki jednorazowej, o której mowa w § 19 ust. 2 OWU.

§ 5

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje trwałe całkowite inwalidztwo ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, polega na przejściu za ubezpieczającego obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3.
2. Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 1, po upływie 6 miesięcy od daty powstania trwałego całkowitego inwalidztwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych do dnia powstania wyżej wymienionego obowiązku.
3. Z zachowaniem postanowień ust. 2, Towarzystwo przejmie za ubezpieczającego obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, w czasie trwania trwałego całkowitego inwalidztwa, jednak nie dłużej niż do końca określonego w umowie ubezpieczenia, zawartej na podstawie OWU, okresu opłacania składek ubezpieczeniowych.

§ 7

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest wyliczana jako iloczyn aktuarialnej bieżącej wartości brutto sumy składek należnych do końca okresu opłacania składek ubezpieczeniowych oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
3. W okresie realizacji świadczenia z tytułu utraty zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa opłata, o której mowa w ust. 1 nie jest pobierana.

§ 9

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli utrata zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa nastąpiła w związku lub w następstwie:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 - 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za utratę zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa powstałą przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
 3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie, w którego następstwie ubezpieczony utracił zdolność do opłacania składek na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa, nastąpiło przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki.

§ 10

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony.

§ 11

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć:
 - 1) zwolnienia lekarskie potwierdzające nieprzerwaną co najmniej 6-miesięczną niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy lub działalności przynoszącej dochód,
 - 2) dokumentację medyczną leczenia, w szczególności kartę informacyjną pobytu w szpitalu, o ile nastąpił pobyt w szpitalu,
 - 3) orzeczenie podmiotu uprawnionego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o wystąpieniu trwałej niezdolności do pracy, potwierdzające niezdolność do pracy ubezpieczonego,
 - 4) ewentualną decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania renty z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 5) raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
 - 6) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. O wystąpieniu i postaci niezdolności do pracy ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. ASPECTA ŻYCIE może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub placówki medyczne. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.
4. W okresie przejścia obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych Towarzystwo, na swój koszt, ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie w celu ustalenia aktualnego stanu jego zdrowia.

§ 12

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1) niniejszych Ogólnych Warunków,

- 2) z dniem przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, zgodnie ze stosownymi postanowieniami OWU,
- 3) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1) niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 13

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 14

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa.

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK POPYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU

(IPS 4)

§ 1

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (IPS 4) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OV.B.Invest” (OWU), zawieranych przez ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej ASPECTA ŻYCIE lub Towarzystwem.

§ 2

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „OV.B.Invest”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) szpital – zakład opieki zdrowotnej prowadzący zgodnie z odpowiednimi przepisami prawnymi działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie pacjentów z jednoczesnym zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w pomieszczeniach specjalnie przystosowanych do tego celu, posiadający odpowiednie zaplecze do prowadzenia leczenia, zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowy i wykwalifikowany personel medyczny; za szpital w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków nie uważa się w szczególności: sanatorium, hospicjum, uzdrowiska, szpitala uzdrowskiego, ośrodków leczenia odwykowego, ośrodków rehabilitacyjnych,
- 3) pobyt w szpitalu – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Ogólnych Warunkach pobyt ubezpieczonego w szpitalu, służący przywróceniu lub poprawie jego zdrowia, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 7 pełnych dni,
- 4) pełny dzień – każdy rozpoczęty i nieprzerwany dzień pobytu w szpitalu, jeśli ubezpieczony był pacjentem szpitala o godzinie 24.00 w tym dniu,
- 5) nieszczęśliwy wypadek – nagłe zdarzenie, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ubezpieczonego, w następstwie którego wystąpił pobyt ubezpieczonego w szpitalu, na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach,
- 6) choroba – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący konieczność pobytu w szpitalu,
- 7) zasiłek szpitalny – świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo ubezpieczonemu z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu pkt. 3) powyżej.

§ 3

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest możliwe jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia na podstawie OWU oraz z początkiem każdego kolejnego okresu rozliczeniowego następującego po dacie rozpatrzenia wniosku, o którym mowa w ust. 2.

§ 4

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utраты Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) rozwiązania umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo wypłaci zasiłek szpitalny z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, maksymalnie za 180 pełnych dni pobytu w szpitalu w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 5

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

§ 6

Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu zasiłku szpitalnego określonego w § 2 pkt. 7), w wysokości określonej w polisie.

§ 7

1. Odpowiedzialność Towarzystwa względem ubezpieczonego jest ograniczona w skali każdych kolejnych 12 miesięcy od dnia rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, do dnia wypłaty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu przez okres maksymalnie 90 pełnych dni pobytu w szpitalu.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie, z zastrzeżeniem treści ust. 3.

3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten trwał w dniu objęcia ubezpieczonego umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 8

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu był wynikiem:
 - 1) choroby – jeżeli zaistniała ona przed objęciem danego ubezpieczonego umową lub w okresie do 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, natomiast w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1), okres o którym mowa powyżej, wynosi 90 dni,
 - 2) porodu z wyłączeniem porodu spowodowanego zdiagnozowaną ciężką wysokim ryzyka, porodem o przebiegu patologicznym, komplikacjami położu stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia kobiety lub usuwaniem ciąży,
 - 3) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 4) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 5) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 7) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 9) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 10) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 11) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 - 12) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 13) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo nie wypłaca świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten miał na celu:
 - 1) przeprowadzenie leczenia lub zabiegów stomatologicznych, poza przypadkami, gdy są one następstwem wypadku, w którym ubezpieczony doznał także innych obrażeń ciała,
 - 2) leczenie nerwicy, depresji, uzależnień od alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - 3) przeprowadzenie operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków, gdy mają one na celu usunięcie następstw wypadku, któremu uległ ubezpieczony.

§ 9

1. Wysokość zasiłku szpitalnego wypłacanego przez Towarzystwo, za jeden dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu, zawarta jest w polisie.

2. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był następstwami nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, zasiłek szpitalny przysługuje od pierwszego pełnego dnia pobytu w szpitalu.
3. Maksymalna wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu w szpitalu nie może przekraczać 120 zł.

§ 10

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach, stanowi iloczyn wysokości zasiłku szpitalnego z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 11

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony.

§ 12

1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, ASPECTA ŻYCIE wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego z potwierdzeniem rozpoznania choroby,
 - 2) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
 - 3) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.

§ 13

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
- 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU, o których mowa w § 2 pkt. 1),
- 3) po łącznej wypłacie przez Towarzystwo zasiłku szpitalnego za 180 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 14

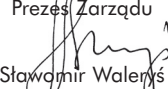
Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 15

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r. i mają zastosowanie do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

Członek Zarządu

 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu

 Sławomir Waleryś

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH ASPECTA ŻYCIE TU S.A.

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zwany dalej Regulaminem, określa cel, zasady i warunki funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez ASPECTA ŻYCIE TU S.A. w ramach ubezpieczeń na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
2. Fundusze, o których mowa w ust. 1, wyszczególnione są w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiącym integralną część niniejszego Regulaminu.
3. Zasady określone w Rozdziale I niniejszego Regulaminu są wspólne i mają zastosowanie dla wszystkich Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, wyszczególnionych w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
4. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU) w zakresie produktów, o których mowa w ust. 1, oraz umów ubezpieczenia dodatkowego zawartych na podstawie powyższych OWU.

ROZDZIAŁ I

ZASADY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

§ 2

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (w dalszej części Regulaminu zwany Funduszem) jest wydzielonym przez ASPECTA ŻYCIE TU S.A. (w dalszej części Regulaminu zwanym Towarzystwem) funduszem aktywów, stanowiącym rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowanym na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.

AKTYWA NETTO FUNDUSZU – WYCENA

§ 3

1. Aktywa netto Funduszu na dzień wyceny równe są wartości wszystkich aktywów znajdujących się w portfelu lokat, pomniejszonych o zobowiązania Funduszu.
2. Wycena wartości aktywów netto Funduszu przeprowadzana jest nie rzadziej niż raz w miesiącu.
3. Wartość aktywów określona w ust. 1 obliczana jest przez Towarzystwo w dniu wyceny.
4. Dniem wyceny może być każdy roboczy dzień miesiąca kalendarzowego, dla którego możliwa jest wycena instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4.
5. W przypadku gdy nie jest możliwa wycena, o której mowa w ust. 4, obowiązuje wartość aktywów netto Funduszu z dotychczasowego, ostatniego dnia wyceny.
6. W celu ustalenia wartości aktywów netto, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo przyjmuje metodę wyceny według wartości godziwej, o której mowa we właściwych przepisach prawa, a o ile nie będzie to możliwe, metodę zapewniającą najbardziej wiarygodną i rzetelną wycenę wartości poszczególnych składników portfela aktywów wyszczególnionych w § 4.

AKTYWA UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO – PORTFEL AKTYWÓW

§ 4

1. W skład portfela aktywów Funduszu wchodzić mogą następujące instrumenty finansowe:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych,
 - 2) środki pieniężne, w tym zgromadzone na rachunku bankowym oraz depozyty bankowe.
2. O ile jest to uzasadnione sytuacją na rynkach finansowych oraz jest to zgodne z interesem ubezpieczających, w skład aktywów Funduszu wchodzić mogą również inne aktywa wskazane w art. 154 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (w dalszej części Regulaminu zwanej Ustawą).

JEDNOSTKA UCZESTNICTWA

§ 5

1. Jednostka uczestnictwa (w dalszej części Regulaminu zwana Jednostką) jest to wydzielona część Funduszu, dająca równe prawo do udziału w jego aktywach netto.
2. Jednostki tworzone są w momencie przekazania i alokowania składek ubezpieczeniowych oraz wpłat dodatkowych do aktywów Funduszu.
3. Fundusz podzielony jest na Jednostki o jednakowej wartości.
4. Wartość Jednostki w dniu wyceny równa jest ilorazowi wartości aktywów netto Funduszu oraz liczby wszystkich istniejących jednostek Funduszu.
5. Wartość, o której mowa w ust. 4, stanowi cenę umorzenia Jednostki.
6. Cena umorzenia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrąglenia).
7. Jednostki ewidencjonowane są na Indywidualnym Koncie Jednostek Uczestnictwa (w dalszej części Regulaminu zwanym Indywidualnym Kontem).
8. Jednostki nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich oraz nie mogą być przedmiotem dziedziczenia.
9. Jednostki nie podlegają oprocentowaniu.

NABYCIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 6

1. Zakup Jednostek następuje po cenie nabycia i polega na przekazaniu Jednostek na Indywidualne Konto.
2. Cena nabycia kalkulowana jest jako iloczyn ceny umorzenia Jednostki, określonej w § 5 ust. 4, oraz formuły: jeden powiększony o współczynnik „x”.
3. Współczynnik „x”, o którym mowa w ust. 2, ustalany jest indywidualnie dla każdego z Funduszy i wskazany jest w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiącym integralną część niniejszego Regulaminu.
4. Cena nabycia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrąglenia).

PRZEKAZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA NA INDYWIDUALNE KONTO

§ 7

1. Liczba Jednostek przekazanych na Indywidualne Konto kalkulowana jest jako iloraz wartości alokowanej składki ubezpieczeniowej lub alokowanej wpłaty dodatkowej wpłaconej przez ubezpieczającego oraz obowiązującej w danym dniu ceny nabycia określonej w § 6 ust. 2.
2. Jednostki przekazywane są na Indywidualne Konto w terminach wskazanych w OWU, z dokładnością do siedmiu miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrąglenia).

UMORZENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 8

1. Umorzenie Jednostek następuje w sytuacjach przewidzianych w OWU oraz umowie ubezpieczenia.
2. Umorzenie Jednostek skutkuje likwidacją określonej liczby Jednostek oraz jednoczesnym obniżeniem wartości aktywów Funduszu.
3. Jednostki umarzone są według ceny umorzenia, zgodnej z postanowieniami § 5 ust. 5.

KONWERSJA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 9

1. Konwersja Jednostek polega na realizacji pisemnej dyspozycji umorzenia Jednostek we wskazanym Funduszu oraz jednoczesnej dyspozycji nabycia, za wartość uzyskaną w wyniku umorzenia, Jednostek w innym Funduszu znajdującym się w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. Dyspozycja, o której mowa w ust. 1, winna być przekazana na formularzu Towarzystwa przez ubezpieczającego lub osobę, która w umowie ubezpieczenia jest uprawniona do składania dyspozycji dotyczących lokowania składki ubezpieczeniowej.

3. Konwersja Jednostek może być realizowana w jednym lub kilku Funduszach jednocześnie.
4. Konwersja Jednostek może być przeprowadzana dowolną ilość razy w roku polisowym.

OPŁATY I KOSZTY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 10

1. Opłaty związane z funkcjonowaniem każdego z Funduszy oferowanych przez Towarzystwo wyszczególnione są w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych stanowiącym integralną część niniejszego Regulaminu.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszania aktywów Funduszy o wszystkie koszty wynikające z procesu inwestowania, a w szczególności o opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i realizowanych przelewów, dokonywanych wycen, obowiązków informacyjnych wyszczególnionych w § 11 oraz kosztów wynikających z przechowywania aktywów Funduszu.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo pomniejszania wartości Funduszy z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na aktywach każdego z Funduszy.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

§ 11

1. Towarzystwo ogłasza w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartość Jednostek Funduszy, zgodnie ze stosownymi zapisami Ustawy.
2. Towarzystwo sporządza i publikuje roczne i półroczne sprawozdania Funduszy, zgodnie ze stosownymi zapisami Ustawy i Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

ROZDZIAŁ II

WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY „LEO”

§ 12

CEL FUNDUSZU

1. Celem Funduszu jest długoterminowy wzrost wartości aktywów netto oraz wartości Jednostek porównywalny z innymi, bezpiecznymi formami oszczędzania lub potencjalnie je przewyższający, realizowany poprzez lokowanie środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych w aktywa charakteryzujące się niskim poziomem ryzyka inwestycyjnego.

DYWERSYFIKACJA PORTFELA – LIMITY INWESTYCYJNE

2. Zasady dywersyfikacji portfela aktywów Funduszu zakładają następujący, maksymalny udział instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4 niniejszego Regulaminu:
 - 1) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych – do 100% wartości aktywów netto Funduszu,
 - 2) środki pieniężne, w tym zgromadzone na rachunku bankowym oraz depozyty bankowe – do 10% wartości aktywów netto Funduszu.
3. W zakresie lokat, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), maksymalny limit udziału jednego funduszu inwestycyjnego na dzień wyceny nie może przekraczać 60% wartości aktywów netto Funduszu.
4. Dywersyfikacja portfela lokat oraz profil funduszy inwestycyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), winny zapewnić osiągnięcie celu określonego w ust. 1 poprzez lokowanie aktywów w instrumenty rynku pieniężnego oraz dłużne papiery wartościowe charakteryzujące się niskim poziomem ryzyka inwestycyjnego.
5. Udział instrumentów finansowych, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, w ogólnej wartości aktywów netto Funduszu, na dzień wyceny może ulegać zmianie.
6. W razie przekroczenia limitów, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3 Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania stanu portfela aktywów Funduszu do określonych wyżej wymagań w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy.

7. Czynniki, które mogą powodować zmiany, o których mowa w ust. 5, mogą być uzależnione od następujących parametrów:
 - 1) sytuacji gospodarczej w Polsce oraz na rynkach międzynarodowych,
 - 2) rzeczywistego i prognozowanego poziomu inflacji oraz rynkowych stóp procentowych,
 - 3) możliwości wzrostu cen instrumentów finansowych,
 - 4) płynności instrumentów finansowych,
 - 5) innych czynników, które mogą wpłynąć na wycenę wartości aktywów netto Funduszu.
8. Wyniki Funduszu osiągnięte w przeszłości nie stanowią gwarancji i podstawy do oczekiwania wyników w okresach przyszłych.
9. Towarzystwo dołoży wszelkich starań, aby osiągnąć cel, o którym mowa w ust. 1.

OPŁATY I KOSZTY

10. Współczynnik ceny nabycia Jednostek, o którym mowa w § 6 ust. 3 niniejszego Regulaminu, ma wartość nie większą niż 3%.
11. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie nie większą niż 1,2% wartości aktywów netto Funduszu w skali roku.

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY „LIBRA”

§ 13

CEL FUNDUSZU

1. Celem Funduszu jest maksymalizacja długoterminowego wzrostu wartości aktywów netto oraz wartości Jednostek poprzez lokowanie środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych w aktywa charakteryzujące się umiarkowanym poziomem ryzyka inwestycyjnego.

DYWERSYFIKACJA PORTFELA – LIMITY INWESTYCYJNE

2. Zasady dywersyfikacji portfela aktywów Funduszu zakładają następujący, maksymalny udział instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4 niniejszego Regulaminu:
 - 1) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych – do 100% wartości aktywów netto Funduszu,
 - 2) środki pieniężne, w tym zgromadzone na rachunku bankowym oraz depozyty bankowe – do 10% wartości aktywów netto Funduszu.
3. W zakresie lokat, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), maksymalny limit udziału jednego funduszu inwestycyjnego na dzień wyceny nie może przekraczać 60% wartości aktywów netto Funduszu.
4. Dywersyfikacja portfela lokat oraz profil funduszy inwestycyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), winny zapewnić osiągnięcie celu określonego w ust. 1 poprzez lokowanie aktywów w instrumenty rynku pieniężnego i dłużne papiery wartościowe charakteryzujące się niskim poziomem ryzyka inwestycyjnego oraz akcje i inne papiery wartościowe charakteryzujące się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego.
5. Udział instrumentów finansowych, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, w ogóle wartości aktywów netto Funduszu może ulegać zmianie.
6. W razie przekroczenia limitów, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania stanu portfela aktywów Funduszu do określonych wyżej wymagań w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy.
7. Czynniki, które mogą powodować zmiany, o których mowa w ust. 5, mogą być uzależnione od następujących parametrów:
 - 1) sytuacji gospodarczej w Polsce oraz na rynkach międzynarodowych,
 - 2) rzeczywistego i prognozowanego poziomu inflacji oraz rynkowych stóp procentowych,
 - 3) możliwości wzrostu cen instrumentów finansowych,
 - 4) płynności instrumentów finansowych,
 - 5) innych czynników, które mogą wpłynąć na wycenę wartości aktywów netto Funduszu.
8. Wyniki Funduszu osiągnięte w przeszłości nie stanowią gwarancji i podstawy do oczekiwania wyników w okresach przyszłych.
9. Towarzystwo dołoży wszelkich starań, aby osiągnąć cel, o którym mowa w ust. 1.

OPŁATY I KOSZTY

10. Współczynnik ceny nabycia Jednostek, o którym mowa w § 6 ust. 3 niniejszego Regulaminu, ma wartość nie większą niż 3%.
11. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie nie większą niż 1,2% wartości aktywów netto Funduszu w skali roku.

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY „TAURUS”

§ 14

CEL FUNDUSZU

1. Celem Funduszu jest maksymalizacja długoterminowego wzrostu wartości aktywów netto oraz wartości Jednostek poprzez lokowanie środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych w aktywa charakteryzujące się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego.

DYWERSYFIKACJA PORTFELA – LIMITY INWESTYCYJNE

2. Zasady dywersyfikacji portfela aktywów Funduszu zakładają następujący, maksymalny udział instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4 niniejszego Regulaminu:
 - 1) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych – do 100% wartości aktywów netto Funduszu,
 - 2) środki pieniężne, w tym zgromadzone na rachunku bankowym oraz depozyty bankowe – do 10% wartości aktywów netto Funduszu.
3. W zakresie lokat, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), maksymalny limit udziału jednego funduszu inwestycyjnego na dzień wyceny nie może przekraczać 60% wartości aktywów netto Funduszu.
4. Dywersyfikacja portfela lokat oraz profil funduszy inwestycyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), winny zapewnić osiągnięcie celu określonego w ust. 1 poprzez lokowanie aktywów w akcje oraz inne papiery wartościowe charakteryzujące się wysokim poziomem ryzyka inwestycyjnego.
5. Udział instrumentów finansowych, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, w ogóle wartości aktywów netto Funduszu może ulegać zmianie.
6. W razie przekroczenia limitów, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania stanu portfela aktywów Funduszu do określonych wyżej wymagań w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy.
7. Czynniki, które mogą powodować zmiany, o których mowa w ust. 5, mogą być uzależnione od następujących parametrów:
 - 1) sytuacji gospodarczej w Polsce oraz na rynkach międzynarodowych,
 - 2) rzeczywistego i prognozowanego poziomu inflacji oraz rynkowych stóp procentowych,
 - 3) możliwości wzrostu cen instrumentów finansowych,
 - 4) płynności instrumentów finansowych,
 - 5) innych czynników, które mogą wpłynąć na wycenę wartości aktywów netto Funduszu.
8. Wyniki Funduszu osiągnięte w przeszłości nie stanowią gwarancji i podstawy do oczekiwania wyników w okresach przyszłych.
9. Towarzystwo dołoży wszelkich starań, aby osiągnąć cel, o którym mowa w ust. 1.

OPŁATY I KOSZTY

10. Współczynnik ceny nabycia Jednostek, o którym mowa w § 6 ust. 3 niniejszego Regulaminu, ma wartość nie większą niż 3%.
11. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie nie większą niż 1,2% wartości aktywów netto Funduszu w skali roku.

UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY „OVB.Invest”

§ 15

CEL FUNDUSZU

1. Celem Funduszu jest maksymalizacja długoterminowego wzrostu wartości aktywów netto oraz wartości Jednostek poprzez lokowanie środków pochodzących ze składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych w aktywa charakteryzujące się niskim oraz podwyższonym poziomem ryzyka inwestycyjnego.

DYWERSYFIKACJA PORTFELA – LIMITY INWESTYCYJNE

2. Zasady dywersyfikacji portfela aktywów Funduszu zakładają następujący, maksymalny udział instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4 niniejszego Regulaminu:
 - 1) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych – do 100% wartości aktywów netto Funduszu,
 - 2) środki pieniężne, w tym zgromadzone na rachunku bankowym oraz depozyty bankowe – do 10% wartości aktywów netto Funduszu.
3. W zakresie lokat, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), maksymalny limit udziału jednego funduszu inwestycyjnego na dzień wyceny nie może przekraczać 50% wartości aktywów netto Funduszu.
4. Dywersyfikacja portfela lokat oraz profil funduszy inwestycyjnych, o których mowa w ust. 2 pkt. 1), winny zapewnić osiągnięcie celu określonego w ust. 1 poprzez lokowanie aktywów w:
 - 1) instrumenty rynku pieniężnego oraz dłużne papiery wartościowe emitowane na rynku polskim i rynkach międzynarodowych, charakteryzujące się niskim poziomem ryzyka inwestycyjnego,
 - 2) akcje i inne papiery wartościowe notowane na rynku polskim i rynkach międzynarodowych, charakteryzujące się podwyższonym poziomem ryzyka inwestycyjnego.
5. Udział instrumentów finansowych, o których mowa w ust. 2, ust. 3 oraz ust. 4, w ogóle wartości aktywów netto Funduszu, na dzień wyceny może ulegać zmianie.
6. W razie przekroczenia limitów, o których mowa w ust. 2 oraz ust. 3, Towarzystwo podejmie działania w celu dostosowania stanu portfela aktywów Funduszu do określonych wyżej wymagań w terminie nie dłuższym niż 6 miesięcy.
7. Czynniki, które mogą powodować zmiany, o których mowa w ust. 5, mogą być uzależnione od następujących parametrów:
 - 1) sytuacji gospodarczej w Polsce oraz na rynkach międzynarodowych,
 - 2) rzeczywistego i prognozowanego poziomu inflacji oraz rynkowych stóp procentowych,
 - 3) możliwości wzrostu cen instrumentów finansowych,
 - 4) płynności instrumentów finansowych,
 - 5) innych czynników, które mogą wpłynąć na wycenę wartości aktywów netto Funduszu.

8. Wyniki Funduszu osiągnięte w przeszłości nie stanowią gwarancji i podstawy do oczekiwania wyników w okresach przyszłych.
9. Towarzystwo dąży do wszelkich starań, aby osiągnąć cel, o którym mowa w ust. 1.

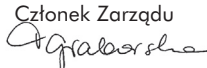
OPLĄTY I KOSZTY


10. Współczynnik ceny nabycia Jednostek, o którym mowa w § 6 ust. 3 niniejszego Regulaminu, ma wartość nie większą niż 3%.
11. Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie nie większą niż 1,2% wartości aktywów netto Funduszu w skali roku.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 16

1. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla zmian Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, do których załącznikiem jest niniejszy Regulamin.
2. Wszelkie kwestie prawne nie ujęte w niniejszym Regulaminie będą rozstrzygane zgodnie z przepisami prawa polskiego.
3. W przypadku sprzeczności poszczególnych postanowień niniejszego Regulaminu z treścią postanowień OWU stosować się będzie właściwe postanowienie OWU.
4. Niniejszy Regulamin, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 150/2005 Zarządu ASPECTA ŻYCIE Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 30.06.2005 r., wchodzi w życie z dniem 01.07.2005 r.

Członek Zarządu

Teresa Grabowska

Prezes Zarządu

Sławomir Waleryś