

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM  
KAPITAŁOWYM PROGRAM OSZCZĘDNOŚCIOWO - OCHRONNY AEGON PrO**

**REGULAMIN FUNDUSZY**

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM  
KAPITAŁOWYM PROGRAM OSZCZĘDNOŚCIOWO - OCHRONNY AEGON PrO**

IFT-OWU-0310

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Program Oszczędnościowo - Ochronny AEGON PrO, o oznaczeniu IFT-OWU-0310, określonych dalej jako Ogólne Warunki Ubezpieczenia, AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem, zawiera umowy ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Program Oszczędnościowo - Ochronny AEGON PrO.
2. Ogólne Warunki Ubezpieczenia wraz z załącznikami oraz regulaminy Funduszy stanowią integralną część umów ubezpieczenia wskazanych w ust. 1.
3. Umowy ubezpieczenia mogą regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

**§ 2**

Terminy użyte w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

- 1) Alokacja Składki - procentowy podział Składki między Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
- 2) Całkowita Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy - stała niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, trwająca nieprzerwanie co najmniej 12 miesięcy, potwierdzona decyzją lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, spowodowana uszkodzeniem ciała lub rozstrojem zdrowia, będących skutkiem Nieszczęśliwego Wypadku;
- 3) Całkowita Wypłata - dokonywana na podstawie zlecenia Ubezpieczającego wypłata całości środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia;
- 4) Częściowa Wypłata - dokonywana na podstawie zlecenia Ubezpieczającego wypłata części środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia;
- 5) Cel Inwestycyjny - oczekiwana do osiągnięcia w ciągu 10 lat obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Wartość Rachunku Ubezpieczenia, wybierana przez Ubezpieczającego przy zawarciu Umowy Ubezpieczenia spośród wariantów Celu Inwestycyjnego przygotowanych przez Towarzystwo. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia Celu Inwestycyjnego;
- 6) Data Miesięcznicy - powtarzający się co miesiąc dzień, którego numer porządkowy w miesiącu odpowiada dniowi rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa. Jeżeli takiego dnia w miesiącu nie ma albo dzień taki nie przypada na Dzień Wyceny, za Datę Miesięcznicy uznaje się odpowiednio ostatni dzień miesiąca albo najbliższy Dzień Wyceny następujący po dniu, który datą odpowiada dacie rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa. W sytuacji, gdy Data Miesięcznicy przypada na ostatni dzień miesiąca, który nie jest Dniem Wyceny, za Datę Miesięcznicy uznaje się pierwszy Dzień Wyceny następnego miesiąca;
- 7) Data Nabycia - data, w której Towarzystwo nabywa, na Rachunek Ubezpieczenia, Jednostki Uczestnictwa Funduszu;
- 8) Data Umorzenia - data, w której Towarzystwo umarza, na Rachunku Ubezpieczenia, Jednostki Uczestnictwa Funduszu;
- 9) Dzień Wyceny - dzień, w którym jest ustalana Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu, przypadający jednak nie rzadziej niż dzień, w którym odbywają się sesje Giełdy Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. oraz jest ustalana wartość jednostki uczestnictwa Funduszu Inwestycyjnego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa danego Funduszu;

- 10) Fundusz - ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy obejmujący wydzieloną część aktywów Towarzystwa inwestowanych zgodnie z przyjętą strategią inwestycyjną, stanowiący rezerwę tworzoną ze Składek;
- 11) Fundusz o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego - każdy z Funduszy nominowanych w walucie, w której może być wyrażona Wartość Jednostek Uczestnictwa Funduszy dostępnych w ramach Umowy Ubezpieczenia, o najwyższej, w okresie ostatnich trzech lat albo od dnia utworzenia Funduszu, jeżeli Fundusz istnieje krócej niż trzy lata, stopie zwrotu spośród będących w ofercie Towarzystwa funduszy o niskim poziomie ryzyka inwestycyjnego, wskazany na stronie internetowej Towarzystwa oraz w siedzibie Towarzystwa, wybierany przez Towarzystwo raz na pięć lat. Towarzystwo, kierując się najlepszym interesem Ubezpieczającego, może w dowolnym czasie zmienić wskazanie Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego. Zmiana jest publikowana na stronie internetowej Towarzystwa i nie stanowi zmiany Umowy Ubezpieczenia;
- 12) Fundusz Inwestycyjny - fundusz inwestycyjny działający na podstawie ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych (DzU nr 146, poz. 1546, z późn. zm.) lub fundusz zbiorowego inwestowania, mający siedzibę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
- 13) Jednostki Uczestnictwa - części o jednakowej wartości, na które został podzielony Fundusz, reprezentujące prawo Ubezpieczającego do udziału w Funduszu jako masie majątkowej;
- 14) Minimalna Składka Dodatkowa - ustalana przez Towarzystwo, minimalna kwota Składki Dodatkowej, wskazana w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 15) Nadpłata - kwota stanowiąca krotność Składki Regularnej, niewymagalna w dacie dokonywania zapłaty; dokonanie Nadpłaty przed osiągnięciem przez Umowę Ubezpieczenia Statusu Polisy Oplaconej powoduje zwolnienie Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia Składek Regularnych za okres objęty Nadpłatą;
- 16) Nieszczęśliwy Wypadek - nagle zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależne od woli Ubezpieczonego, w którym uczestniczył Ubezpieczony i które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, było bezpośrednią i wyłączną przyczyną uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia Ubezpieczonego, pod warunkiem, że uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia Ubezpieczonego nastąpiły w okresie odpowiedzialności Towarzystwa i przed upływem 180 dni od zajścia zdarzenia spełniającego powyższe warunki;
- 17) Okres Prolongaty - przypadający w okresie do osiągnięcia Statusu Polisy Oplaconej okres 60 dni, w którym zapłacenie kwoty w wysokości zapewniającej wypełnienie wymogu wskazanego w § 10 ust. 4 umożliwi utrzymanie Umowy Ubezpieczenia w mocy, rozpoczynający się od dnia następnego po dniu, w którym bezskutecznie upłynął termin zapłacenia Składki Regularnej;
- 18) Polisa - dokument potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia między Towarzystwem a Ubezpieczającym;
- 19) Rachunek Ubezpieczenia - rachunek prowadzony przez Towarzystwo, na którym są zapisywane Jednostki Uczestnictwa, nabywane ze środków pochodzących ze Składek;
- 20) Rocznicą Polisy - wskazana w Polisie każda rocznica dnia określonego w § 12 ust. 1, przy czym za rocznicę dnia 29 lutego, jeżeli dnia tego nie ma w danym roku, uważa się dzień 28 lutego;
- 21) Rok Polisowy - okres roczny rozpoczynający się od daty każdej Rocznicy Polisy; pierwszy Rok Polisowy rozpoczyna się od dnia wskazanego w § 12 ust. 1;
- 22) Składka - Składka Regularna lub Składka Dodatkowa;
- 23) Składka Dodatkowa - kwota w złotych, opłacana dodatkowo i dobrowolnie, niezależnie od Składki Regularnej, oznaczona przez wpłacającego jako Składka Dodatkowa;
- 24) Składka Regularna - kwota w złotych, do zapłaty której jest zobowiązany Ubezpieczający w wykonaniu Umowy Ubezpieczenia potwierdzona w Polisie, której wysokość jest uzależniona od wybranego Celu Inwestycyjnego;
- 25) Status Polisy Oplaconej - status, który Umowa Ubezpieczenia osiąga po zapisaniu na Rachunku Ubezpieczenia Składek Regularnych należnych za okres dziesięciu lat, w wysokości

- zadeklarowanej przez Ubezpieczającego przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia. Kwota warunkująca osiągnięcie Statusu Polisy Opłaconej jest wskazana w Polisie;
- 26) Suma Ubezpieczenia - kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego, w wysokości ustalonej przez Towarzystwo w dniu, o którym mowa w § 12 ust. 1, oraz w każdą Rocznicę Polisy, na kolejny Rok Polisowy, w zależności od Wartości Rachunku Ubezpieczenia, zgodnie z załącznikiem do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Jeżeli w daną Rocznicę Polisy Wartość Rachunku Ubezpieczenia jest niższa bądź równa Wartości Rachunku Ubezpieczenia osiągniętej w poprzednią Rocznicę Polisy, wówczas Suma Ubezpieczenia ustalona dla poprzedniego Roku Polisowego ma zastosowanie dla kolejnego Roku Polisowego.
- W pierwszych trzech Latach Polisowych Suma Ubezpieczenia nie jest zależna od Wartości Rachunku Ubezpieczenia;
- 27) Świadczenie Ubezpieczeniowe - kwota spełniana przez Towarzystwo w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, gdy Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia;
- 28) Towarzystwo - AEGON Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
- 29) Transakcja - zlecona Towarzystwu przez Ubezpieczającego na formularzu Towarzystwa albo za pomocą aplikacji internetowej Towarzystwa czynność polegająca w szczególności na dokonaniu Transferu, Alokacji Składki, Częściowej Wyплаты albo Całkowitej Wyплаты;
- 30) Transfer - przeniesienie między Funduszami części albo całości środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia, odbywające się w wyniku umorzenia Jednostek Uczestnictwa co najmniej jednego Funduszu i nabycia Jednostek Uczestnictwa innego Funduszu lub Funduszy;
- 31) Ubezpieczający - osoba fizyczna, która zawarła Umowę Ubezpieczenia z Towarzystwem na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 32) Ubezpieczony - osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ochrony z tytułu Umowy Ubezpieczenia;
- 33) Umowa Ubezpieczenia - umowa zawierana między Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia;
- 34) Uposażony - podmiot wskazany przez Ubezpieczającego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego;
- 35) Uposażony Zastępczy - podmiot wskazany przez Ubezpieczającego jako uprawniony do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego w razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli każdy z Uposażonych:
- zmarł bądź przestał istnieć przed śmiercią Ubezpieczonego albo
  - zgodnie z § 7 ust. 8 nie jest uprawniony do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego;
- 36) Wartość Funduszu - wartość aktywów Funduszu, zmniejszona o opłaty, o których mowa w § 18 oraz wszelkie inne należności związane z oferowaniem Funduszu wynikające z umów lub przepisów prawa;
- 37) Wartość Jednostki Uczestnictwa - Wartość Funduszu podzielona przez liczbę wszystkich Jednostek Uczestnictwa Funduszu;
- 38) Wartość Rachunku Ubezpieczenia - kwota stanowiąca sumę iloczynów liczby zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia Jednostek Uczestnictwa każdego z Funduszy oraz wartości tych Jednostek Uczestnictwa na dzień ustalania Wartości Rachunku Ubezpieczenia. Przy ustalaniu Wartości Rachunku Ubezpieczenia uwzględnia się również środki uzyskane z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w związku z realizacją zlecenia Transferu.

## **PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

### **§ 3**

Przedmiotem Umowy Ubezpieczenia jest ubezpieczenie życia Ubezpieczonego oraz długoterminowe gromadzenie środków finansowych przez nabywanie Jednostek Uczestnictwa ze środków pochodzących ze Składek.

### **§ 4**

Zakres ubezpieczenia obejmuje następujące zdarzenia ubezpieczeniowe, gdy Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia:

- 1) śmierć Ubezpieczonego;
- 2) dożycie przez Ubezpieczonego stu lat;
- 3) Całkowitą Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy.

## **ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE**

### **§ 5**

1. W razie:

- 1) śmierci Ubezpieczonego;
- 2) Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy,  
gdy Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, Towarzystwo spełnia na rzecz uprawnionego Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości:
  - a) Sumy Ubezpieczenia zwiększonej o Wartość Rachunku Ubezpieczenia – jeżeli:
    - zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w pierwszych trzech Latach Polisowych lub
    - do dnia akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego Wartość Rachunku Ubezpieczenia nie osiągnęła Celu Inwestycyjnego;
  - b) Wartości Rachunku Ubezpieczenia, zwiększonej o 10 zł - jeżeli od trzeciej Rocznicy Polisy do dnia akceptacji wniosku o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego Wartość Rachunku Ubezpieczenia kiedykolwiek osiągnęła Cel Inwestycyjny,

bez pobrania opłaty likwidacyjnej, z zastrzeżeniem postanowień § 12 ust. 2, lecz po pobraniu stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych.

2. W razie dożycia przez Ubezpieczonego stu lat w okresie wykonywania Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo spełnia na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości Wartości Rachunku Ubezpieczenia, bez pobrania opłaty likwidacyjnej, lecz po pobraniu stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych.
3. Jeżeli w okresie między złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia a dniem jej zawarcia zaszło zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w § 4 pkt 1) albo 3), Towarzystwo zwraca uprawnionemu kwotę albo sumę kwot zapłaconych na poczet Składki, na podstawie dokumentów stwierdzających prawo dysponowania tymi środkami.
4. Opodatkowanie Świadczenia Ubezpieczeniowego regulują przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.

## **UBEZPIECZAJĄCY I UBEZPIECZONY**

### **§ 6**

1. Ubezpieczający jest Ubezpieczonym.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dacie podpisania wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia jest w wieku od 18 do 50 lat.

## UPOSAŻENI

### § 7

1. Ubezpieczający może wskazać Uposażonego.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić lub odwołać wskazanie Uposażonego. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu wskazania Uposażonego, zawierające dane niezbędne do identyfikacji Uposażonego oraz podpis Ubezpieczającego, wywołuje skutki prawne od dostarczenia do siedziby Towarzystwa.
3. Ubezpieczający, wskazując Uposażonych, jest zobowiązany do określenia procentowego udziału każdego z Uposażonych w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego, z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych i nie określił wysokości przypadających im udziałów w kwocie Świadczenia Ubezpieczeniowego lub udziały wszystkich Uposażonych nie sumują się do 100%, uznaje się, że wszystkie udziały są równe.
4. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed śmiercią Ubezpieczonego lub równocześnie z nim. W takiej sytuacji, udział zmarłego Uposażonego zwiększa udziały pozostałych Uposażonych proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w Świadczeniu Ubezpieczeniowym.
5. Gdy brak jest Uposażonych lub zgodnie z postanowieniem ust. 8 żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego, uprawnionymi do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego są Uposażeni Zastępczy. Ubezpieczający może wskazać Uposażonego Zastępczego. Postanowienia ustępów powyższych stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego.
6. W razie śmierci Ubezpieczonego, jeżeli nie ma Uposażonego i Uposażonego Zastępczego, Świadczenie Ubezpieczeniowe spełniane jest na rzecz członków rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
  - 1) małżonek;
  - 2) dzieci - w częściach równych;
  - 3) rodzice - w częściach równych;
  - 4) rodzeństwo - w częściach równych;
  - 5) pozostałe osoby będące spadkobiercami Ubezpieczonego - w częściach równych, z wyłączeniem gminy ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa.
7. W sytuacji, o której mowa w ust. 6, Świadczenie Ubezpieczeniowe może być spełnione na rzecz osoby wskazanej w kolejnym punkcie, wyłącznie gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo zgodnie z postanowieniem ust. 8, nie jest uprawniona do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także gdy zmarła jednocześnie z Ubezpieczonym.
8. Świadczenie Ubezpieczeniowe nie przysługuje osobie, która umyślnie przyczyniła się do śmierci Ubezpieczonego.

## ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 8

1. Podstawą zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
2. Towarzystwo może żądać dodatkowych dokumentów niezbędnych do zaakceptowania wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.

## § 9

Warunkiem zawarcia Umowy Ubezpieczenia jest łączne spełnienie następujących wymogów:

- 1) na wniosek i na koszt Towarzystwa, poddanie się przez Ubezpieczonego badaniom lekarskim lub badaniom diagnostycznym z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych, w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczonego, udostępnia mu wyniki badań, którym się poddał w związku z zawarciem Umowy Ubezpieczenia;
- 2) zaakceptowanie przez Towarzystwo wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
- 3) zapłacenie przez Ubezpieczającego Składki Regularnej na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub innym dokumencie doręczonym przez Towarzystwo.

## § 10

1. Przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu tekst Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Umowa Ubezpieczenia jest zawarta na okres do ukończenia przez Ubezpieczonego stu lat, w dniu zapisania na Rachunku Ubezpieczenia Jednostek Uczestnictwa Funduszy wskazanych przez Ubezpieczającego w zleceniu Alokacji Składki, a w razie braku dyspozycji co do podziału Składki oraz w razie błędnej dyspozycji Alokacji Składki – w dniu zapisania na Rachunku Ubezpieczenia Jednostek Uczestnictwa Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego.
3. Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, po uiszczeniu opłaty za cesję, ma prawo dokonać cesji całości albo części praw lub obowiązków z tytułu Umowy Ubezpieczenia na inny podmiot. Jeśli cesja dotyczy całości praw i obowiązków z tytułu Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo potwierdza jej dokonanie stosownym dokumentem. W takiej sytuacji, Towarzystwo wymaga wypełnienia stosownego wniosku na formularzu przygotowanym przez Towarzystwo oraz przedstawienia ważnego dokumentu identyfikującego dotychczasowego oraz nowego Ubezpieczającego, a także może żądać przedstawienia innych dokumentów koniecznych do rzetelnego rozpatrzenia sprawy. Zmiany wchodzą w życie w dniu wskazanym w stosownym dokumencie.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany do zapłaty Składki Regularnej w wysokości i na rachunek bankowy, które zostały wskazane we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia lub innym dokumencie doręczonym przez Towarzystwo.
5. Jeżeli Ubezpieczający, pomimo otrzymania od Towarzystwa stosownego wezwania, nie przedstawi w terminie miesiąca od daty wysłania wezwania informacji niezbędnych do zawarcia Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia, wówczas kwoty zapłacone na poczet Składki są zwracane Ubezpieczającemu.
6. W razie niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki Regularnej w terminie miesiąca od dnia wpłynięcia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia do siedziby Towarzystwa, Towarzystwo może odmówić zawarcia Umowy Ubezpieczenia. W razie odmowy zawarcia Umowy Ubezpieczenia przez Towarzystwo, każda kwota zapłacona na poczet Składki po terminie, o którym mowa w zdaniu pierwszym, jest zwracana Ubezpieczającemu.
7. Od daty, w której Umowa Ubezpieczenia osiągnęła Status Polisy Opłaconej, Ubezpieczający nie ma obowiązku zapłaty Składek Regularnych.

## § 11

1. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo, przy doręczaniu Polisy, pisemnie powiadamia o tym Ubezpieczającego, wyznaczając mu siedmiodniowy termin na zgłoszenie pisemnego sprzeciwu. Jeżeli Towarzystwo nie wypełni wyżej wskazanego obowiązku, Umowa Ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia.
2. W braku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 1, Umowa Ubezpieczenia dochodzi do skutku zgodnie z treścią Polisy następnego dnia po upływie siedmiodniowego terminu na zgłoszenie sprzeciwu.

3. W razie sprzeciwu, o którym mowa w ust. 1, Umowę Ubezpieczenia uznaje się za niezawartą i stosuje się odpowiednio postanowienia § 26 ust. 2.
4. Jeżeli treść Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia, które odbiegają od treści Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Towarzystwo, przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia, pisemnie powiadamia o tym Ubezpieczającego. Jeżeli Towarzystwo nie wypełni wyżej wskazanego obowiązku, wówczas nie może powoływać się na różnicę niekorzystną dla Ubezpieczającego.
5. Postanowien ust. 4 nie stosuje się do Umów Ubezpieczenia zawieranych w drodze negocjacji.

## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ TOWARZYSTWA**

### **§ 12**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od daty wskazanej w Polisie.
2. Jeżeli:
  - 1) śmierć Ubezpieczonego była wynikiem:
    - a) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia, które nastąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub były skutkiem choroby, której pierwsze objawy wystąpiły przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa lub która została zdiagnozowana lub wymagała porady lekarskiej, leczenia lub zastosowania leków, przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa;
    - b) popełnienia przez Ubezpieczonego samobójstwa w okresie dwóch lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia;
    - c) uszkodzenia ciała lub rozstroju zdrowia spowodowanego samookaleczeniem lub usiłowaniem samobójstwa;
  - 2) Ubezpieczający lub jego przedstawiciel podał nieprawdziwe informacje we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia, kwestionariuszu medycznym lub innych pismach, w szczególności zataił chorobę, chyba że:
    - a) powyższe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego, albo
    - b) powyższe informacje miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa śmierci Ubezpieczonego, ale śmierć nastąpiła po upływie trzech lat od zawarcia Umowy Ubezpieczenia,

odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona w ten sposób, że Towarzystwo spełnia na rzecz uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia Świadczenie Ubezpieczeniowe w wysokości Wartości Rachunku Ubezpieczenia, pomniejszonej o należną opłatę likwidacyjną, opłatę za ryzyko, opłatę za zarządzanie oraz o kwotę stosownego podatku dochodowego od osób fizycznych.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, jeżeli zdarzenie to nastąpiło w związku z:
  - 1) udziałem w zajęciach sportowych, rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności uprawianiem sportów spadochronowych, motorowodnych, wspinaczki wysokogórskiej, paralotniarstwa, speleologii, nurkowania z użyciem akwalungu, wyczynowo sportów zimowych, z wyłączeniem sportów pieszych, udziałem jako zawodnik w wyścigach samochodowych, motocyklowych, wszelkiego rodzaju wyścigach z wyłączeniem lekkoatletycznych i pływania, uprawianiu sportów, do których wykonywania potrzebne są odpowiednie zezwolenia, patenty lub inne uprawnienia, a Ubezpieczony uprawnień tych nie posiadał albo przekroczył posiadane uprawnienia;
  - 2) wypadkiem lotniczym, jeżeli statek powietrzny nie należał do licencjonowanych linii lotniczych;
  - 3) zażyciem alkoholu, środka odurzającego, pobudzającego, halucynogennego, narkotyków lub innego środka o podobnym działaniu, jeżeli nie został zalecony przez lekarza;
  - 4) chorobą Ubezpieczonego, w tym występującą nagle (np. zawałem mięśnia sercowego, udarem mózgu), z zastrzeżeniem, że wyłączenie nie dotyczy chorób i infekcji, stanowiących następstwo

- obrażeń fizycznych ciała doznanych wskutek Nieszczęśliwego Wypadku, o ile choroby lub infekcje wystąpiły w okresie 30 dni od Nieszczęśliwego Wypadku;
- 5) leczeniem lub zabiegami leczniczymi, które nie są medyczną koniecznością;
  - 6) dobrowolnym zażyciem trucizny lub wdychaniem wszelkiego rodzaju szkodliwych gazów, z wyłączeniem przypadku, gdy wdychanie gazów nastąpiło w związku z wykonywaną pracą;
  - 7) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
  - 8) czynnym, dobrowolnym udziałem Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, powstaniach, rozruchach, zamieszkach;
  - 9) masowym skażeniem radioaktywnym lub chemicznym spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość;
  - 10) epidemią lub masowym zatruciem.

### **§ 13**

1. Odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w dacie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy wygasa w dniu ukończenia przez Ubezpieczonego 65 lat.

### **INWESTOWANIE SKŁADEK - FUNDUSZE**

#### **§ 14**

1. Towarzystwo tworzy Fundusze w celu lokowania środków pochodzących ze Składek.
2. Poszczególne Fundusze zawierają Jednostki Uczestnictwa nabywane ze środków pochodzących ze Składek, z zastrzeżeniem § 30.
3. Ubezpieczający, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, jest zawiadamiany o terminie i warunkach likwidacji Funduszu w sposób wskazany w regulaminach Funduszy.
4. W okresie trzech miesięcy przed likwidacją Funduszu nie można do likwidowanego Funduszu dokonywać zleceń Transferu ani Alokacji Składki.
5. W okresie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo może tworzyć nowe Fundusze oraz likwidować Fundusze istniejące, co nie stanowi zmiany Umowy Ubezpieczenia.

#### **§ 15**

1. Składki są zapisywane na Rachunku Ubezpieczenia w postaci odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa, pod warunkiem, że:
  - 1) dane dotyczące wpłaty Składki obejmują wskazanie rodzaju Składki oraz numer wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia albo Polisy;
  - 2) wniosek o zawarcie Umowy Ubezpieczenia został wypełniony i podpisany przez Ubezpieczającego, a Towarzystwo uznaje zgromadzone dokumenty za wystarczające do zaakceptowania wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia;
  - 3) wysokość kwoty zapłaconej na poczet Składki Regularnej nie jest niższa od kwoty zadeklarowanej przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia albo w innych dokumentach doręczonych przez Towarzystwo.Jeżeli którykolwiek z warunków wskazanych w pkt. 1) - 3) nie jest spełniony, zapisanie Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia odbywa się po wyjaśnieniu przez Towarzystwo stwierdzonych nieprawidłowości.
2. Jeżeli Ubezpieczający dokona Nadpłaty, Nadpłata jest zapisywana na Rachunku Ubezpieczenia. Nadpłacona kwota, której wysokość jest niższa niż Składka Regularna i która została wpłacona:
  - 1) przed osiągnięciem przez Umowę Ubezpieczenia Statusu Polisy Oplaconej - nie jest oprocentowana oraz, do czasu ustalenia woli Ubezpieczającego co do dopłacenia kwoty brakującej do pełnej Składki albo zwrotu nadpłaconej kwoty, nie podlega inwestowaniu;

- 2) po osiągnięciu przez Umowę Ubezpieczenia Statusu Polisy Opłaconej - jest zapisywana na Rachunku Ubezpieczenia, pod warunkiem, że spełnione są wymogi wskazane w ust. 12, z wyłączeniem postanowień dotyczących Minimalnej Składki Dodatkowej.
3. W razie braku oznaczenia rodzaju zapłaconej Składki, postanowienia ust. 2 stosuje się odpowiednio.
4. Składka Regularna jest opłacana z góry, z częstotliwością miesięczną albo roczną, oraz zapisywana na Rachunku Ubezpieczenia.
5. Dniem zapłacenia Składki jest dzień wypłynięcia Składki na rachunek bankowy Towarzystwa.
6. Sposób i termin ustalania liczby Jednostek Uczestnictwa zapisywanych na Rachunku Ubezpieczenia w następstwie zapłacenia Składki są wskazane w regulaminach Funduszy.
7. Wartość Funduszu i Wartość Jednostki Uczestnictwa Funduszu jest ustalana na każdy Dzień Wyceny.
8. Wartość Jednostki Uczestnictwa na dzień powstania Funduszu określa Towarzystwo.
9. Jeżeli na Rachunku Ubezpieczenia znajduje się część Jednostki Uczestnictwa danego Funduszu o wartości niższej niż setna część podstawowej jednostki monetarnej danej waluty, zostanie ona umorzona w całości w razie najbliższego pobrania opłaty za zarządzanie lub opłaty za ryzyko albo w razie Transferu dotyczącego tego Funduszu.
10. Ubezpieczający jest informowany corocznie o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy Ubezpieczenia, w szczególności o liczbie i wartości Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia z daty Rocznicy Polisy oraz obowiązującej w tej dacie wysokości opłaty likwidacyjnej. Na wniosek Ubezpieczającego, Towarzystwo w każdym czasie udziela informacji o Wartości Rachunku Ubezpieczenia. Pisemna informacja potwierdzająca Wartość Rachunku Ubezpieczenia udzielana na jego wniosek podlega opłacie transakcyjnej.
11. Jednostki Uczestnictwa mają wyłącznie charakter pojęciowy, służą ustaleniu wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego, Częściowej Wypłaty i Całkowitej Wypłaty oraz nie inkorporują prawa Ubezpieczającego ani Ubezpieczonego do aktywów Towarzystwa.
12. Ubezpieczający może wpłacać Składki Dodatkowe, pod warunkiem, że zapłacił równowartość Składek Regularnych za okres 10 lat obowiązywania Umowy Ubezpieczenia.
13. Ubezpieczający może w każdym czasie dokonywać Nadpłaty, przy czym Nadpłata w pierwszych trzech latach Polisowych nie wpływa na wysokość Sumy Ubezpieczenia.
14. Ubezpieczający, za zgodą Towarzystwa, w każdą Rocznicę Polisy, może zmienić częstotliwość opłacania Składki Regularnej, pod warunkiem zapłacenia Składek Regularnych należnych do Rocznicy Polisy, od której ma obowiązywać zmiana. Pisemny wniosek o dokonanie powyższej zmiany powinien być złożony w siedzibie Towarzystwa co najmniej 30 dni przed Rocznicą Polisy, od której zmiana ma obowiązywać. Zmiana częstotliwości opłacania Składki Regularnej jest potwierdzana przez Towarzystwo aneksem do Polisy.

## **ALOKACJA I TRANSFER**

### **§ 16**

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo określania Alokacji Składki. W razie braku dyspozycji pierwszej Alokacji Składki albo błędnej dyspozycji pierwszej Alokacji Składki, Towarzystwo przekazuje całość Składki do Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego.
2. Dyspozycja dotycząca Alokacji Składki powinna być określona procentowo, z dokładnością do 1%, stanowić łącznie 100% alokowanej Składki oraz uwzględniać przeznaczenie co najmniej 10% tej Składki do każdego z wybranych Funduszy.
3. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 5, Ubezpieczający w każdym czasie może dokonywać zmiany Alokacji Składki. Zmiana Alokacji Składki jest skuteczna najpóźniej w terminie wskazanym w regulaminach Funduszy. Błędne zlecenie zmiany Alokacji Składki jest anulowane, z zastrzeżeniem § 22 ust. 4 pkt 3).

4. Liczba bezpłatnych zmian Alokacji Składki w każdym Roku Polisowym jest wskazana w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Każda kolejna zmiana Alokacji Składki w tym samym Roku Polisowym ponad liczbę bezpłatnych zmian wskazaną w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podlega opłacie transakcyjnej.
5. Jeżeli Ubezpieczający przed zawarciem Umowy Ubezpieczenia dostarczył do siedziby Towarzystwa więcej niż jedno zlecenie Alokacji Składki, Towarzystwo alokuje Składkę zgodnie z pierwszym przyjętym do realizacji zleceniem Alokacji Składki, natomiast pozostałe zlecenia Alokacji Składki nie są realizowane.

## § 17

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo dokonywania Transferów. Dyspozycja dotycząca Transferu powinna być określona procentowo, z dokładnością do 1%. Błędne zlecenie Transferu jest anulowane, z zastrzeżeniem § 22 ust. 4 pkt 1).
2. Transfer jest dokonywany w terminach wskazanych w regulaminach Funduszy, po zaakceptowaniu zlecenia Transferu przez Towarzystwo, według Wartości Jednostek Uczestnictwa z Daty Umorzenia i Daty Nabycia. Kolejne zlecenie Transferu jest przyjmowane do realizacji nie wcześniej niż po dokonaniu poprzednich Transakcji, jeśli były zlecone, z wyłączeniem zlecenia Alokacji Składki.
3. Jeżeli umorzenie i nabycie Jednostek Uczestnictwa następuje w różnych datach, środki uzyskane z umorzenia Jednostek Uczestnictwa podlegających Transferowi do Daty Nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu, do którego Transfer następuje, nie podlegają oprocentowaniu.
4. Liczba bezpłatnych zleceń Transferu w każdym Roku Polisowym wskazana jest w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Każde kolejne zlecenie Transferu w tym samym Roku Polisowym ponad liczbę bezpłatnych zleceń Transferu wskazaną w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia podlega opłacie transakcyjnej.

## OPLĄTY

### § 18

1. Towarzystwo pobiera następujące opłaty:
  - 1) opłatę wstępną;
  - 2) opłatę za zarządzanie;
  - 3) opłatę administracyjną;
  - 4) opłatę transakcyjną;
  - 5) opłatę likwidacyjną;
  - 6) opłatę za ryzyko;
  - 7) opłatę za wznowienie Umowy Ubezpieczenia;
  - 8) opłatę za cesję.
2. Opłata wstępna jest ustalana procentowo w stosunku do Składki, naliczana od każdej zapłaconej Składki w wysokości wskazanej w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i pobierana z Rachunku Ubezpieczenia najpóźniej do piątego Dnia Wyceny, po zapisaniu Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust. 1. Opłata wstępna jest pobierana poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.
3. Opłata za zarządzanie aktywami Funduszu oraz środkami uzyskanymi z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w związku z realizacją zlecenia Transferu jest ustalana procentowo w stosunku do wartości środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia, naliczana dziennie od wartości środków zgromadzonych w Funduszu oraz środków pochodzących z umorzenia Jednostek

Uczestnictwa w związku z realizacją zlecenia Transferu. Pobranie opłaty następuje z dołu, w Dacie Miesięcznicy. Pobranie opłaty może także nastąpić z dołu:

- 1) w Dacie Umorzenia Jednostek Uczestnictwa - w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia, za okres do dnia wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia;
- 2) w Dacie Nabycia Jednostek Uczestnictwa Funduszu - w razie Transferu, za okres do dnia dokonania Transferu.

W razie Transferu pozostała część opłaty za zarządzanie jest pobierana w najbliższej Dacie Miesięcznicy.

Pobranie opłaty następuje poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia. Jeżeli na dzień pobrania opłaty w danym Funduszu brak jest środków, opłata jest pobierana z innych Funduszy.

4. Opłata administracyjna jest ustalana kwotowo, pobierana miesięcznie z góry, w dacie wskazanej w § 12 ust. 1 oraz w Dacie Miesięcznicy, poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.
5. Opłata transakcyjna jest ustalana kwotowo i pobierana za zrealizowanie zlecenia Transferu lub zmiany Alokacji Składki ponad bezpłatne limity określone w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, z Rachunku Ubezpieczenia. Opłata transakcyjna jest pobierana także od sporządzenia przez Towarzystwo pisemnej informacji potwierdzającej Wartość Rachunku Ubezpieczenia ponad bezpłatny limit określony w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Pobranie opłaty następuje poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.
6. Opłata likwidacyjna jest ustalana procentowo i pobierana z Rachunku Ubezpieczenia, poprzez umorzenie Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, przed Całkowitą Wypłatą oraz w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w § 12 ust. 2 i 3 oraz § 25 ust. 2 pkt 2) i 4). Jednostki Uczestnictwa są umarzane w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia - w razie Całkowitej Wyłaty albo wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w § 12 ust. 2 i 3 oraz § 25 ust. 2 pkt 2) i 4).
7. Opłata za ryzyko jest ustalana procentowo, w stosunku do Sumy Ubezpieczenia obowiązującej w Roku Polisowym, w którym następuje pobranie opłaty za ryzyko, w zależności od płci i wieku Ubezpieczonego w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, w okresie do późniejszej z dat: osiągnięcia Celu Inwestycyjnego albo trzeciej Roczniczy Polisy, a od tej daty - kwotowo, niezależnie od płci i wieku ubezpieczonego w dniu zawarcia Umowy Ubezpieczenia, pobierana miesięcznie z dołu, w Dacie Miesięcznicy albo w Dacie Umorzenia Jednostek Uczestnictwa - w razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia, za okres do dnia wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

Pobranie następuje poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub przez potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w Wartości

Rachunku Ubezpieczenia. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaty za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, przy czym śmierć Ubezpieczonego skutkuje pełnym wykorzystaniem tej ochrony.

8. Opłata za wznowienie Umowy Ubezpieczenia jest ustalana kwotowo i pobierana poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.
9. Opłata za cesję jest ustalana kwotowo i pobierana poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa lub potrącenie środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu, w proporcjach równych udziałowi poszczególnych Funduszy lub środków pochodzących z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w wyniku Transferu w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.

## **§ 19**

1. Wysokość opłat, o których mowa w § 18, jest określona w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Towarzystwo ma prawo zmiany sposobu pobierania oraz corocznej zmiany wysokości opłaty transakcyjnej, opłaty administracyjnej, opłaty za wznowienie Umowy Ubezpieczenia oraz opłaty za cesję. Wzrost wysokości tych opłat nie przewyższy dwunastomiesięcznego wskaźnika wzrostu cen towarów i usług ogłaszanych przez GUS na koniec trzeciego kwartału poprzedniego roku kalendarzowego, zwiększonego o pięć punktów procentowych. Jednakże jeżeli coroczna zmiana wysokości opłat nastąpiła po okresie dłuższym niż rok, wzrost opłat nie przewyższy zwiększonej o pięć punktów procentowych sumy wskaźników wzrostu cen towarów i usług ogłaszanych przez GUS za okres od ostatniej zmiany wysokości opłat do końca kwartału kalendarzowego poprzedzającego powyższą zmianę. Towarzystwo informuje o zmianie opłat co najmniej miesiąc przed wprowadzeniem zmiany, zamieszczając stosowną informację na stronie internetowej Towarzystwa oraz w siedzibie Towarzystwa.
3. Zmiana sposobu pobierania opłat oraz coroczna zmiana ich wysokości stosownie do postanowień ust. 2 nie stanowią zmiany warunków Umowy Ubezpieczenia.
4. Środki uzyskane z umorzenia Jednostek Uczestnictwa w związku z realizacją zlecenia Transferu są uwzględniane przy ustalaniu Wartości Rachunku Ubezpieczenia w celu naliczania i pobierania opłat wynikających z Umowy Ubezpieczenia.

## **ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH**

### **§ 20**

1. Od dnia następnego po trzeciej Rocznicy Polisy Ubezpieczający może zawiesić opłacanie Składek Regularnych na okres do 12 miesięcy, składając do siedziby Towarzystwa odpowiednie oświadczenie co najmniej 30 dni przed Datą Miesięcznicy, od której zawieszenie opłacania Składek Regularnych ma zastosowanie. Powyższe uprawnienie nie może być wykonywane w Okresie Prolongaty oraz częściej niż jeden raz w okresie kolejnych pięciu Lat Polisowych.
2. W okresie zawieszenia opłacania Składek Regularnych postanowienia Umowy Ubezpieczenia pozostają w mocy, z wyłączeniem postanowień § 10 ust. 4 oraz § 25 ust. 2 pkt 2).
3. W każdym Roku Polisowym rozpoczynającym się po dniu zawieszenia opłacania Składek Regularnych mają zastosowanie opłaty wstępne oraz likwidacyjne, wskazane w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia dla poprzedzającego go Roku Polisowego; Każda zapłacona Składka będzie zapisana na Rachunku Ubezpieczenia jako Składka Regularna do dnia osiągnięcia przez Umowę Ubezpieczenia Statusu Polisy Opłaconej.

## **CZĘŚCIOWA WYPŁATA I CAŁKOWITA WYPŁATA**

### **§ 21**

1. Częściowa Wypłata może być dokonana na wniosek Ubezpieczającego począwszy od 10. Rocznicy Polisy, nie częściej niż w liczbie wskazanej w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Częściowej Wypłaty dokonuje się poprzez umorzenie na Rachunku Ubezpieczenia odpowiedniej liczby Jednostek Uczestnictwa Funduszu wskazanego przez Ubezpieczającego.
3. Jeżeli Ubezpieczający, dokonując Częściowej Wypłaty, nie wskazał Funduszu, z którego należy dokonać umorzenia, Jednostki Uczestnictwa poszczególnych Funduszy zostaną umorzone w proporcjach odpowiadających udziałowi poszczególnych Funduszy w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.
4. Umorzenie Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia następuje według Wartości Jednostek Uczestnictwa najpóźniej z dnia wskazanego w regulaminach Funduszy, po dniu zaakceptowania zlecenia Częściowej Wypłaty, z zastrzeżeniem postanowień § 22 ust. 2.
5. Częściowa Wypłata nie może być niższa od ustalonej przez Towarzystwo kwoty minimalnej Częściowej Wypłaty wskazanej w załączniku do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
6. Częściowa Wypłata jest dokonywana na rzecz Ubezpieczającego w terminie wskazanym w regulaminach Funduszy.
7. Podstawą dokonania Częściowej Wypłaty jest przedstawienie Towarzystwu:
  - 1) kopii ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość Ubezpieczającego;
  - 2) zlecenia Częściowej Wypłaty, w formie wskazanej w § 28 ust. 2;
  - 3) innych dokumentów wymaganych przez Towarzystwo, niezbędnych do rzetelnego wykonania zlecenia.
8. Do Całkowitej Wypłaty stosuje się odpowiednio postanowienia ustępów powyższych, z wyłączeniem ust. 1 i 5. Całkowita Wypłata może być dokonana na wniosek Ubezpieczającego w każdym czasie.

## **TRANSAKCJE**

### **§ 22**

1. Wszelkie zlecenia Transferów, Częściowej Wypłaty albo Całkowitej Wypłaty, które zostały dostarczone przez Ubezpieczającego do siedziby Towarzystwa przed dniem zawarcia Umowy Ubezpieczenia, są nieważne.
2. Zlecenie Transakcji składane przez Ubezpieczającego jest przyjmowane do realizacji przez Towarzystwo nie wcześniej niż po dokonaniu wszystkich wcześniej zarejestrowanych i przyjętych do realizacji Transakcji. Powyższe nie dotyczy zlecenia Alokacji Składki, chyba że wcześniej zarejestrowanym i przyjętym do realizacji zleceniem jest zlecenie Alokacji Składki.
3. Wszystkie Transakcje dotyczące danej Umowy Ubezpieczenia są wykonywane przez Towarzystwo w kolejności ustalonej według daty przyjęcia zlecenia Transakcji.
4. W razie złożenia błędnego zlecenia:
  - 1) Transferu - jest ono anulowane po upływie 14 dni od daty złożenia albo przed tym terminem, w dniu zaakceptowania poprawnego zlecenia Transferu, Częściowej Wypłaty albo Całkowitej Wypłaty;
  - 2) Częściowej Wypłaty albo Całkowitej Wypłaty - jest ono anulowane po upływie 30 dni od daty złożenia albo przed tym terminem, w dniu zaakceptowania poprawnego Zlecenia Transferu albo Częściowej Wypłaty albo Całkowitej Wypłaty;
  - 3) Alokacji Składki - jest ono anulowane po upływie 14 dni od daty złożenia albo przed tym terminem, w dniu zaakceptowania poprawnego zlecenia Alokacji Składki;

5. W razie śmierci Ubezpieczającego po złożeniu dyspozycji Transakcji, Towarzystwo, z chwilą powzięcia wiadomości o tym zdarzeniu, odmawia realizacji Transakcji, jeżeli zlecenie Transakcji jest nieprawidłowe, a jego sprostowanie lub uzupełnienie wymaga złożenia oświadczenia przez Ubezpieczającego.

## SPŁNIENIE ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

### § 23

1. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo zawiadomienia o zajściu jednego ze zdarzeń ubezpieczeniowych wskazanych w § 4, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczonego lub uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje Ubezpieczonego lub uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia i spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego. Przekazywane informacje, o których mowa w zdaniu poprzedzającym odbywa się pod warunkiem, że Towarzystwo posiada adresy osób, do których informacje te powinny zostać skierowane.
2. Towarzystwo spełnia Świadczenie Ubezpieczeniowe w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. Gdyby w terminie określonym w ust. 2 ustalenie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego okazało się niemożliwe, Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia, w całości albo części. Świadczenie Ubezpieczeniowe powinno być spełnione w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczeniowego Towarzystwo spełnia w terminie przewidzianym w ust. 2.
4. W razie śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo spełnia Świadczenie Ubezpieczeniowe na rzecz uprawnionego, po otrzymaniu następujących dokumentów:
  - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego;
  - 2) kopii ważnego dokumentu potwierdzającego tożsamość uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego;
  - 3) oryginału aktu zgonu albo jego kopii poświadczonej notarialnie oraz kserokopii karty zgonu Ubezpieczonego z rozpoznaniem przyczyny zgonu;
  - 4) tłumaczenia przysięgłego dokumentacji medycznej z podaną przyczyną zgonu Ubezpieczonego, jeżeli dokumentacja medyczna została sporządzona w języku innym niż polski;
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, w szczególności pozyskanych od publicznych oraz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej lub związanych z postępowaniem karnym prowadzonym w związku ze śmiercią Ubezpieczonego.
5. Osoba występująca z roszczeniem i niebędąca Uposażonym ani Uposażonym Zastępczym powinna udokumentować związek z Ubezpieczonym wskazany w § 7 ust. 6 (odpowiedni dowód stanowią w szczególności: akt małżeństwa, akt urodzenia, postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, postanowienie sądu o dziale spadku).
6. W razie dożycia przez Ubezpieczonego stu lat, spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego następuje na wniosek Ubezpieczonego, po otrzymaniu dokumentów, o których mowa w ust. 4 pkt 1) - 2) oraz 5).
7. W razie Całkowitej Niezdolności Ubezpieczonego do Pracy, Towarzystwo spełnia na rzecz Ubezpieczonego Świadczenie Ubezpieczeniowe, po otrzymaniu, poza dokumentami wskazanymi w ust. 4 pkt 1) - 2) oraz 5), następujących dokumentów:

- 1) wyniku badania potwierdzającego, że Całkowita Niezdolność Ubezpieczonego do Pracy nastąpiła na skutek Nieszczęśliwego Wypadku;
  - 2) orzeczenia lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o uznaniu Ubezpieczonego za całkowicie i trwale niezdolnego do wykonywania jakiejkolwiek pracy.
8. W razie braku możliwości uzyskania dokumentów pozwalających na spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego w terminie 2 miesięcy od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osoby występujące z roszczeniem, wskazując na okoliczności uniemożliwiające ustalenie wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego oraz informuje jednocześnie, że roszczenie zostanie ponownie rozpatrzone, gdy ustalenie wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego będzie możliwe.
9. Jeżeli Świadczenie Ubezpieczeniowe nie przysługuje albo 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 albo częściową odmowę spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego, wraz z pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
10. Towarzystwo, na wniosek, udostępnia uprawnionym informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości Świadczenia Ubezpieczeniowego. Osoby te mają prawo wglądu do akt świadczeniowych i sporządzania na swój koszt odpisów lub kserokopii dokumentów.
11. Ubezpieczający ma prawo do ustalenia, że spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego w związku z jego śmiercią nastąpi w terminie wskazanym w ust. 2, nie wcześniej jednak niż po ukończeniu przez Uposażonego 18 lat. Spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego następuje na podstawie Wartości Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia najpóźniej z piątego Dnia Wyceny od daty, w której spełniono łącznie dwa warunki:
- 1) złożono wszystkie dokumenty, o których mowa w ustępach powyższych;
  - 2) Uposażony ukończył 18 lat.
12. Z zastrzeżeniem odpowiedniego stosowania postanowień § 22 ust. 2, po otrzymaniu informacji o zajściu jednego ze zdarzeń wskazanych w § 4, jednak nie wcześniej niż po otrzymaniu aktu zgonu w razie śmierci Ubezpieczonego, Towarzystwo dokonuje transferu środków zgromadzonych na Rachunku Ubezpieczenia do Funduszu o Niskim Poziomiu Ryzyka Inwestycyjnego do piątego Dnia Wyceny po powzięciu informacji przez Towarzystwo. Transfer, o którym mowa powyżej, nie jest Transferem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. W okresie od dokonania transferu, o którym mowa powyżej, do dnia spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego nie stosuje się postanowień § 16, § 17 oraz § 25 ust. 2 pkt 2).
13. Postanowienia ust. 12 nie mają zastosowania w sytuacji, gdy przed dniem dokonania transferu, o którym mowa w ust. 12, Towarzystwo posiada wszelkie niezbędne informacje do spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego.

## **§ 24**

Spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego wskazanego w § 5 ust. 1 pkt 2), ust. 2 oraz ust. 3 jest dokonywane na podstawie Wartości Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia najpóźniej z dnia wskazanego w regulaminach Funduszy.

## **WYGAŚNIĘCIE ORAZ WZNOWIENIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 25**

1. Umowa Ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w razie wypowiedzenia przez Ubezpieczającego, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia poprzez złożenie do siedziby Towarzystwa stosownego oświadczenia wraz z kopią ważnego dokumentu tożsamości umożliwiającej identyfikację Ubezpieczającego. Wypowiedzenie nie wymaga uzasadnienia oraz może być dokonane w każdym czasie.

2. Umowa Ubezpieczenia wygasa w dacie najbliższego z następujących zdarzeń:
  - 1) spełnienia Świadczenia Ubezpieczeniowego w związku ze śmiercią Ubezpieczonego albo Całkowitą Niezdolnością Ubezpieczonego do Pracy;
  - 2) upływu Okresu Prolongaty - jeżeli w Okresie Prolongaty, pomimo upływu terminu na zapłatę Składki Regularnej, nie krótszego niż 14 dni i wskazanego w wezwaniu do zapłaty, nie zapłacono Składki Regularnej, której termin zapłaty upłynął, oraz Umowa Ubezpieczenia nie osiągnęła Statusu Polisy Oplaconej;
  - 3) Całkowitej Wypłaty;
  - 4) upływu okresu wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia;
  - 5) ukończenia przez Ubezpieczonego stu lat.
3. W razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w ust. 2 pkt 2) oraz 4), Towarzystwo ustala wysokość zobowiązania wobec Ubezpieczającego na podstawie Wartości Rachunku Ubezpieczenia obliczonej na Dzień Wyceny, przypadający nie później niż w terminie wskazanym w regulaminach Funduszy.
4. W uzasadnionych sytuacjach, Towarzystwo może wznowić Umowę Ubezpieczenia wygasłą w sytuacjach wskazanych w ust. 2 pkt 2), na wniosek Ubezpieczającego, złożony w formie wskazanej w § 28 ust. 2.
5. W razie wznowienia Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo nie realizuje zlecenia Transakcji dostarczonego do siedziby Towarzystwa przed wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia i niewykonanego przed wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia.
6. Wznowienia Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo dokonuje na następujących warunkach:
  - 1) Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminie 7 dni od otrzymania informacji o zaakceptowaniu wniosku o wznowienie, pod rygorem anulowania wznowienia:
    - a) równowartość kwoty wypłaconej Ubezpieczającemu (albo cesjonariuszowi) w związku z wygaśnięciem Umowy Ubezpieczenia;
    - b) kwotą stanowiącą sumę niezapłaconych Składek Regularnych należnych za okres do dnia wznowienia Umowy Ubezpieczenia, jednak nie dłuższy niż do dnia osiągnięcia przez Umowę Ubezpieczenia Statusu Polisy Oplaconej.

Towarzystwo może nie informować o zaakceptowaniu wniosku o wznowienie, pod warunkiem, że nie narusza to interesów Ubezpieczającego;

  - 2) Ubezpieczający zgadza się na obciążenie Rachunku Ubezpieczenia:
    - a) opłatą za wznowienie Umowy Ubezpieczenia;
    - b) kwotą stanowiącą różnicę pomiędzy iloczynem liczby Jednostek Uczestnictwa i ich wartości z Daty Umorzenia (w wyniku wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia) oraz iloczynem tej samej liczby Jednostek Uczestnictwa i ich wartości z Daty Nabycia (w wyniku wznowienia Umowy Ubezpieczenia).
  - 3) Towarzystwo anuluje pobranie opłaty likwidacyjnej;
  - 4) po wznowieniu Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo pobiera opłaty należne za okres od daty wygaśnięcia do daty wznowienia Umowy Ubezpieczenia, z wyłączeniem opłaty za ryzyko.

## § 26

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy Ubezpieczenia w terminie 60 dni od zawarcia Umowy Ubezpieczenia, składając do siedziby Towarzystwa stosowne oświadczenie.
2. W razie odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy Ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu Wartość Rachunku Ubezpieczenia, ustaloną zgodnie z regulaminami Funduszy, zwiększoną o pobrane opłaty wskazane w § 18 ust. 1 pkt 1) - 3) oraz odpowiednią część

opłaty za ryzyko za niewykorzystany okres ubezpieczenia i zmniejszoną o stosowny podatek dochodowy od osób fizycznych.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 27**

1. Ubezpieczający jest zobowiązany zawiadomić Towarzystwo o każdorazowej zmianie adresu i danych osobowych swoich oraz Uposażonych i Uposażonych Zastępczych. Zaniedbanie powyższego obowiązku powoduje, że zawiadomienia wysyłane przez Towarzystwo na ostatni wskazany adres będą uznawane za skutecznie doręczone.
2. Towarzystwo jest zobowiązane poinformować Ubezpieczającego o każdorazowej zmianie adresu swojej siedziby.

### **§ 28**

1. Wszelkie pisemne oświadczenia Ubezpieczającego, Uposażonego, Uposażonego Zastępczego oraz innych uprawnionych do otrzymania Świadczenia Ubezpieczeniowego, dla celów dowodowych, powinny być doręczone do siedziby Towarzystwa za potwierdzeniem odbioru lub listem poleconym.
2. Z zastrzeżeniem § 29, wszelkie oświadczenia, wnioski i zlecenia, o których mowa w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, z wyłączeniem oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia, oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia, oświadczenia o wskazaniu, zmianie i odwołaniu wskazania Uposażonego, a także wniosku o zmianę częstotliwości opłacania Składki Regularnej, powinny być złożone, pod rygorem nieważności, na formularzach przygotowanych przez Towarzystwo.

### **§ 29**

1. Za zgodą Towarzystwa, Ubezpieczający może składać wszelkie zlecenia i oświadczenia za pomocą Internetu lub telefonu, przy czym dyspozycje złożone w powyższy sposób przez osobę, której tożsamość została prawidłowo zweryfikowana, są traktowane jako dyspozycje Ubezpieczającego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za dyspozycje zrealizowane z użyciem prawidłowego identyfikatora i hasła przez osoby nieuprawnione.

### **§ 30**

Przy lokowaniu środków pochodzących ze Składek, Towarzystwo ma prawo skorygować wartość lokat o współczynnik aktuarialny skalkulowany w takiej wysokości, że w każdej chwili wartość lokaty nie będzie niższa niż Wartość Rachunku Ubezpieczenia zmniejszona o opłatę likwidacyjną.

### **§ 31**

O ile inaczej nie wskazano w odpowiednich przepisach, Towarzystwo oblicza, pobiera i uiszcza na rachunek bankowy właściwego urzędu skarbowego podatek dochodowy od osób fizycznych od dochodu uzyskanego z tytułu inwestowania Składek w Fundusze.

### **§ 32**

W razie zmiany systemu monetarnego w Polsce, zobowiązania wynikające z Umowy Ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

### **§ 33**

W sprawach nieuregulowanych Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.

### § 34

1. Odwołania, skargi i zażalenia są zgłaszane przez Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia oraz rozpoznawane przez dyrektora jednostki organizacyjnej Towarzystwa odpowiedzialnej za obsługę klientów, w terminie 14 dni od daty ich otrzymania. Jednakże jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do rozpoznania sprawy wymaga uzyskania informacji lub dokumentów od osób trzecich (w szczególności banku lub zakładu opieki zdrowotnej), rozpoznanie odwołania, skargi lub zażalenia następuje w terminie 14 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo wymaganych informacji lub dokumentów.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z Umów Ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia można wytoczyć albo przed sąd właściwy miejscowo dla siedziby Towarzystwa albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania albo siedziby, odpowiednio, Ubezpieczającego, Uposażonego lub uprawnionego do otrzymania Świadczenia Ubezpieceniowego.
3. Odwołania, skargi i zażalenia, zgłaszane przez Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia do Rzecznika Ubezpieczonych, są przez niego rozpatrywane na zasadach określonych w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o nadzorze ubezpieczeniowym i emerytalnym oraz Rzeczniku Ubezpieczonych (DzU nr 124, poz. 1153, z późn. zm.).
4. Przy wykonywaniu Umowy Ubezpieczenia prawem właściwym jest prawo polskie.

### § 35

Ogólne Warunki Ubezpieczenia zostały zatwierdzone uchwałą Zarządu Towarzystwa z dnia 30 listopada 2009 r., zmienione uchwałą Zarządu Towarzystwa z dnia 15 marca 2010 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Program Oszczędnościowo - Ochronny AEGON PrO zawieranych od dnia 22 kwietnia 2010 r.



Michał Biedzki  
Prezes Zarządu



Marek Fereniec  
Wiceprezes Zarządu

# REGULAMIN FUNDUSZY

AEG-RF-0310

## POSTANOWIENIA OGÓLNE

### § 1

1. Niniejszy Regulamin Funduszy, zwany dalej Regulaminem, określa zasady funkcjonowania i politykę inwestycyjną ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których celem jest lokowanie środków gromadzonych w ramach umów ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo z Ubezpieczającymi na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Program Oszczędnościowo - Ochronny AEGON PrO, o oznaczeniu IFT-OWU-0310, określonych dalej jako Ogólne Warunki Ubezpieczenia.
2. Niniejszy Regulamin nie ma zastosowania do ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych będących w ofercie Towarzystwa, do których zastosowanie mają inne regulaminy funduszy uchwalone przez Towarzystwo.

## DEFINICJE

### § 2

Terminy zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia mają zastosowanie w niniejszym Regulaminie, o ile ten nie stanowi inaczej.

## POWSTANIE FUNDUSZU I CEL INWESTYCYJNY

### § 3

1. Fundusz powstaje ze Składek oraz ze środków transferowanych do Funduszu z innego, co najmniej jednego Funduszu oferowanego przez Towarzystwo.
2. Fundusz powstaje w dacie ustalonej przez Towarzystwo.
3. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości środków Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
4. Towarzystwo nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego określonego w ust. 3.
5. Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia zawiera wykaz Funduszy oferowanych w ramach Umowy Ubezpieczenia.

## LOKOWANIE ŚRODKÓW I WARTOŚĆ FUNDUSZU

### § 4

1. Fundusz jest wydzieloną rachunkowo częścią aktywów Towarzystwa, podzieloną na Jednostki Uczestnictwa.
2. Środki zebrane w każdym z Funduszy są lokowane w jednostki uczestnictwa oferowane przez Fundusz Inwestycyjny wskazany przez Towarzystwo.
3. Wartość Funduszu jest określona jako wartość wszystkich środków Funduszu, zmniejszona o opłaty wskazane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, których pobranie następuje z wartości środków Funduszu oraz o należności wynikające z obowiązujących umów lub przepisów prawa.
4. Na wartość środków Funduszu składają się w szczególności lokaty Funduszu oraz dochody z nich osiągnane.
5. Jedynymi aktywami wchodzącymi w skład Funduszu są nabyte ze środków zgromadzonych w Funduszu jednostki uczestnictwa stosownego Funduszu Inwestycyjnego.
6. Szczegółowe zasady lokowania środków Funduszu Inwestycyjnego obejmujące w szczególności charakterystykę aktywów wchodzących w skład Funduszu Inwestycyjnego, kryteria doboru

aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne są zawarte w odpowiednim statucie Funduszu Inwestycyjnego, w który są lokowane środki Funduszu.

## **JEDNOSTKI UCZESTNICTWA FUNDUSZU**

### **§ 5**

1. Towarzystwo ustala wartość początkową Jednostki Uczestnictwa. Wartość Jednostki Uczestnictwa ulega zmianom zależnym od zmian wartości środków Funduszu przypadających na Jednostkę Uczestnictwa.
2. Liczba Jednostek Uczestnictwa zapisywanych na Rachunku Ubezpieczenia w następstwie zapłacenia Składki jest ustalana nie później niż w trzecim Dniu Wyceny po dniu zapłacenia Składki z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust. 1 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia w odniesieniu do pierwszej Składki albo § 15 ust. 1 pkt 1) i 3) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia - w odniesieniu do kolejnych Składek, w wyniku podzielenia kwoty Składki przez obowiązującą w dniu ustalenia Wartość Jednostki Uczestnictwa odpowiedniego Funduszu.
3. Jeżeli zaistniały okoliczności wskazane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, uzasadniające przeprowadzenie postępowania wyjaśniającego przed alokowaniem Składki do Funduszu, Dzień Wyceny, o której mowa w ust. 2, liczy się od dnia, w którym Towarzystwo uzyskało wszystkie informacje niezbędne do alokowania Składki do Funduszu.
4. Jeżeli wartość Składki alokowanej do Funduszu nie jest równa krotności Wartości Jednostki Uczestnictwa, przydziela się również ułamkową część Wartości Jednostki Uczestnictwa z dokładnością do sześciu miejsc po przecinku.
5. Jednostki Uczestnictwa Funduszu mają wartość równą wartości jednostek uczestnictwa Funduszu Inwestycyjnego, w który są lokowane środki Funduszu.
6. Wartość Jednostek Uczestnictwa Funduszu jest publikowana niezwłocznie po jej ustaleniu w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim oraz na stronie internetowej Towarzystwa.
7. Roczne i półroczne sprawozdania Funduszu są publikowane na stronie internetowej Towarzystwa.

## **WYCENA ŚRODKÓW FUNDUSZU I KOREKTA WARTOŚCI JEDNOSTKI UCZESTNICTWA**

### **§ 6**

1. Wartość środków Funduszu jest ustalana na podstawie wartości z Dnia Wyceny jednostki uczestnictwa Funduszu Inwestycyjnego, w którego Jednostki Uczestnictwa są lokowane aktywa Funduszu.
2. Korekta Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu jest dokonywana w razie błędnej wyceny Jednostki Uczestnictwa.
3. Korekta Wartości Jednostki Uczestnictwa jest wyliczana w Jednostkach Uczestnictwa korygowanego Funduszu. Wyliczona liczba Jednostek Uczestnictwa nie uwzględnia zrealizowanych po dacie korygowanej wyceny Transakcji i innych operacji związanych z nabywaniem albo umarzaniem Jednostek Uczestnictwa Funduszu.
4. W odniesieniu do wygasłych Umów Ubezpieczenia, korekta Wartości Jednostki Uczestnictwa będzie dokonywana na korzyść Ubezpieczającego, jeżeli wartość korekty jest większa lub równa kwocie wskazanej na stronie internetowej Towarzystwa. Kwota uzyskana w drodze korekty będzie płacona Ubezpieczającemu w terminie 7 dni roboczych od dokonania korekty pod warunkiem, że Towarzystwo posiada dane Ubezpieczającego w zakresie niezbędnym do dokonania ww. płatności.
5. Jeżeli Fundusz w dacie dokonywania korekty nie jest objęty ofertą Towarzystwa, kwota korekty zostanie wyliczona na podstawie ostatniej znanej wyceny Wartości Jednostki Uczestnictwa Funduszu i pokryta ze środków Funduszu o najwyższym udziale w Wartości Rachunku Ubezpieczenia albo przeznaczona na nabycie Jednostek Uczestnictwa Funduszu o najwyższym udziale w Wartości Rachunku Ubezpieczenia. Jeżeli liczba Jednostek Uczestnictwa Funduszu

okaże się niewystarczająca do dokonania korekty wyceny Wartości Jednostki Uczestnictwa w pełnej wysokości, umorzeniu będą podlegały Jednostki Uczestnictwa Funduszu o najwyższym udziale w Wartości Rachunku Ubezpieczenia.

## **ALOKACJA I TRANSFER**

### **§ 7**

1. Ubezpieczający w każdym czasie może dokonywać zmiany Alokacji Składki. Zmiana Alokacji Składki jest realizowana w ciągu trzech Dni Wyceny od zaakceptowania przez Towarzystwo zlecenia zmiany Alokacji Składki.
2. W razie ograniczenia przyjmowania wpłat przez którykolwiek z Funduszy Inwestycyjnych w którego jednostki uczestnictwa są lokowane środki Funduszu objętego zleceniem Alokacji Składki, postanowienia § 9 ust. 4 pkt 1) i 3) stosuje się odpowiednio.
3. Środki alokowane do Funduszu mogą być transferowane do innego Funduszu na podstawie zlecenia Transferu oraz w innych wypadkach określonych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia.
4. Transfer jest dokonywany do piątego Dnia Wyceny po zaakceptowaniu zlecenia Transferu przez Towarzystwo.
5. Zlecenie Transferu jest anulowane w razie ograniczenia wypłat albo przyjmowania wpłat przez którykolwiek z Funduszy Inwestycyjnych, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane środki Funduszu objętego zleceniem Transferu.
6. Jeżeli bieżące zlecenie Alokacji Składki w całości albo w części obejmuje Fundusz, co do którego zostało wprowadzone ograniczenie w nabywaniu Jednostek Uczestnictwa, Towarzystwo alokuje, odpowiednio, Składkę albo jej część do Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego.

## **WYPŁATY**

### **§ 8**

1. Częściowa Wypłata jest dokonywana w terminie do siódmego Dnia Wyceny od zaakceptowania zlecenia przez Towarzystwo.
2. Z zastrzeżeniem § 22 ust. 2 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, umorzenie Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia następuje według Wartości Jednostek Uczestnictwa najpóźniej z trzeciego Dnia Wyceny po dniu zaakceptowania zlecenia Częściowej Wypłaty przez Towarzystwo.
3. Zlecenie Częściowej Wypłaty jest anulowane w razie wprowadzenia ograniczenia wypłat przez którykolwiek z Funduszy Inwestycyjnych, w który są inwestowane środki Funduszu objętego zleceniem Częściowej Wypłaty.
4. Postanowienia ustępów powyższych stosuje się odpowiednio do Całkowitej Wypłaty.

## **LIKWIDACJA FUNDUSZU**

### **§ 9**

1. W okresie wykonywania Umowy Ubezpieczenia Towarzystwo może likwidować Fundusze oraz wprowadzać ograniczenia w dokonywaniu Transferów i Alokacji Składki do Funduszy.
2. Dokonanie Całkowitej Wypłaty albo Częściowej Wypłaty z likwidowanego Funduszu nie zwalnia od odpowiednich opłat od środków podlegających Całkowitej Wypłacie albo Częściowej Wypłacie.
3. Z zastrzeżeniem ust. 6, Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o likwidacji Funduszu poprzez ogłoszenie na stronie internetowej Towarzystwa oraz za pomocą aplikacji internetowej Towarzystwa, co najmniej trzy miesiące przed likwidacją, wskazując jednocześnie termin, do którego Ubezpieczający powinien złożyć dyspozycję Transferu środków lokowanych w likwidowanym Funduszu oraz odpowiednio zmienić dyspozycję Alokacji Składki. Począwszy od

- daty ogłoszenia informacji o likwidacji Funduszu na stronie internetowej Towarzystwa, do likwidowanego Funduszu nie można dokonywać zleceń Transferu ani Alokacji Składki.
4. Ubezpieczający, który dokonuje do likwidowanego Funduszu Alokacji Składki albo Transferu, jest zawiadamiany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji Alokacji Składki albo Transferu. Towarzystwo informuje Ubezpieczającego telefonicznie albo za pomocą aplikacji internetowej Towarzystwa, a jeżeli korzystanie ze wspomnianej aplikacji nie zostało Ubezpieczającemu zapewnione, Towarzystwo informuje Ubezpieczającego o likwidacji Funduszu pisemnie. Jednocześnie Towarzystwo:
    - 1) w razie złożenia wniosku o zawarcie Umowy Ubezpieczenia z Alokacją Składki bądź części Składki do likwidowanego Funduszu, uznaje zlecenie Alokacji Składki za błędne i przekazuje całość Składki do Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego;
    - 2) w razie złożenia zlecenia Transferu do likwidowanego Funduszu, uznaje zlecenie Transferu za błędne i nie realizuje go;
    - 3) w razie złożenia zlecenia zmiany Alokacji Składki w całości albo w części do likwidowanego Funduszu, uznaje zlecenie za błędne, a Składka jest alokowana zgodnie z ostatnim zaakceptowanym zleceniem Alokacji Składki.
  5. Do dnia wskazanego przez Towarzystwo w komunikacie o likwidacji Funduszu, Ubezpieczający powinien złożyć dyspozycję Transferu środków lokowanych w likwidowanym Funduszu oraz odpowiednio zmienić dyspozycję Alokacji Składki. Jeżeli w dniu wskazanym przez Towarzystwo w komunikacie o likwidacji Funduszu brak jest dyspozycji Ubezpieczającego co do Transferu środków lokowanych w Funduszu oraz zmiany Alokacji Składki, Towarzystwo niezwłocznie transferuje środki oraz alokuje, odpowiednio, Składkę bądź jej część do Funduszu o Niskim Poziomie Ryzyka Inwestycyjnego, przy czym takie działanie Towarzystwa nie jest dokonaniem, odpowiednio, Transferu albo Alokacji Składki w rozumieniu Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
  6. Jeżeli Fundusz jest likwidowany z przyczyn nie leżących po stronie Towarzystwa, Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego o likwidacji Funduszu, odpowiednio, w sposób wskazany w ust. 4 - jeżeli Ubezpieczający dokonuje Transferu albo Alokacji Składki do likwidowanego Funduszu, albo w sposób wskazany w ust. 3 - jeżeli Ubezpieczający nie złożył dyspozycji co do Transferu środków lokowanych w Funduszu oraz zmiany Alokacji Składki, nie później niż w ciągu 14 dni od dnia likwidacji. Postanowienia ust. 5 zd. 2 stosuje się.
  7. Tryb wskazany w ust. 4 i 6 stosuje się odpowiednio w razie wprowadzenia ograniczeń w dokonywaniu Transferów do Funduszu.

## **WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO**

### **§ 10**

Spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego jest dokonywane w złotych na podstawie Wartości Jednostek Uczestnictwa na Rachunku Ubezpieczenia najpóźniej z piątego Dnia Wyceny po dniu, w którym Towarzystwo pozytywnie rozpoznało wniosek o wypłatę Świadczenia Ubezpieczeniowego, jednak nie później niż w ostatnim Dniu Wyceny terminu określonego w art. 817 Kodeksu cywilnego. Jednakże jeżeli Ubezpieczający ustalił, że spełnienie Świadczenia Ubezpieczeniowego w związku ze śmiercią Ubezpieczonego nastąpi nie wcześniej niż po ukończeniu przez Uposażonego 18 lat, termin określony w § 817 Kodeksu cywilnego rozpoczyna bieg od daty, w której spełniono łącznie dwa warunki:

- a) złożono wszystkie dokumenty, o których mowa w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,
- b) Uposażony ukończył 18 lat.

## WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA I ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 11

W razie wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia w sytuacjach wskazanych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, z wyłączeniem sytuacji określonych w § 25 ust. 2 pkt 1) i 5) Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość zobowiązania wobec Ubezpieczającego, w złotych, na podstawie Wartości Rachunku Ubezpieczenia obliczonej na Dzień Wyceny przypadający nie później niż w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

### § 12

W razie odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia w sytuacji wskazanej w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Towarzystwo ustala wysokość zobowiązania wobec Ubezpieczającego na podstawie Wartości Rachunku Ubezpieczenia obliczonej na Dzień Wyceny przypadający nie później niż w terminie dziewięciu Dni Wyceny po dniu zaakceptowania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu od Umowy Ubezpieczenia.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 13

1. W sprawach nieuregulowanych w Regulaminie mają odpowiednio zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Niniejszy Regulamin został zatwierdzony uchwałą Zarządu Towarzystwa z dnia 30 listopada 2009 r., zmieniony uchwałą Zarządu Towarzystwa z dnia 15 marca 2010 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Program Oszczędnościowo - Ochronny AEGON PrO zawieranych od dnia 22 kwietnia 2010 r.



Michał Biedzki  
Prezes Zarządu



Marek Fereniec  
Wiceprezes Zarządu





