

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na życie
z ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi
Wygodne Strategie ze składką jednorazową

(KOD SPFBR_OWU_08.2020)

Obowiązuje od 6 sierpnia 2020 roku

[generali.pl](https://www.generali.pl)



Spis treści

4	Postanowienia ogólne
4	Definicje
5	Przedmiot i zakres ubezpieczenia
5	Zawarcie Umowy
6	Ochrona ubezpieczeniowa
7	Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy
7	Suma ubezpieczenia
7	Składka
8	Składka jednorazowa
8	Składka dodatkowa
8	Przeniesienie Jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami
8	Opłaty
9	Wykup
10	Wskazanie osób Uposażonych
10	Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności
11	Świadczenie z tytułu Umowy
13	Wypłata świadczeń
13	Refundacja za Usługi medycznego Assistance
13	Prawa i obowiązki Ubezpieczającego
14	Prawa i obowiązki Towarzystwa
14	Reklamacje
14	Postanowienia końcowe
16	Załącznik nr 1 do OWU - Tabela opłat i limitów
18	Załącznik nr 2 do OWU - Wykaz Funduszy
19	Załącznik nr 3 do OWU - Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych

Wykaz istotnych informacji
zawartych w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowymi funduszami
kapitałowymi Wygodne Strategie ze składką jednorazową
(kod SPFBR_OWU_08.2020) dalej „OWU”, z uwzględnieniem definicji z OWU (Skorowidz)

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej w OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 4; § 10 ust. 3-5; § 11 ust. 3; § 19 ust. 2-5; § 22 ust. 1-3; § 22 ust. 5; § 23
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21; § 22 ust. 3
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 18; § 19 ust. 11-13; Załącznik nr 1 do OWU - Tabela opłat; Załącznik nr 3 do OWU - § 5 ust. 8-10;
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 19 ust. 3-5 i ust. 9-13; Załącznik nr 1 do OWU - pkt 5 Tabeli opłat

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYMI FUNDUSZAMI KAPITAŁOWYMI WYGODNE STRATEGIE ZE SKŁADKĄ JEDNORAZOWĄ

(KOD SPFBR_OWU_08.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej „OWU”) stanowią podstawę zawarcia Umowy ubezpieczenia (zwanej dalej „Umową”).
2. Przez Umowę Towarzystwo zobowiązuje się spełnić określone w Umowie świadczenie w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przewidzianego w Umowie, a Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania składek.
3. Tabela opłat i limitów (zwana dalej „Tabelą”) stanowi załącznik nr 1 do OWU (kod SPFBR_TOIL_08.2020).
4. Wykaz Funduszy stanowi załącznik nr 2 do OWU (kod SPFBR_WUFK_08.2020).
5. Regulamin lokowania środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (zwany dalej „Regulaminem lokowania”) stanowi załącznik nr 3 do OWU (kod SPFBR_RL_08.2020).

Definicje

§ 2

1. Użyte w Umowie, OWU, załącznikach oraz Dokumencie ubezpieczenia wymienione poniżej terminy oznaczają:
 - 1) **Alokacja** – określony procentowo przez Ubezpieczającego podział Składki pomiędzy Fundusze oferowane przez Towarzystwo;
 - 2) **Cena jednostki** – wartość Jednostki uczestnictwa, po której jest ona dopisywana do Rachunku i odliczana z Rachunku;
 - 3) **Centrum Pomocy Generali** – telefoniczne centrum zgłoszeniowe czynne przez całą dobę, 365 dni w roku, które przyjmuje zgłoszenia, weryfikuje prawo do ochrony ubezpieczeniowej w zakresie usług pomocy medycznej (medycznego assistance) oraz niezwłocznie organizuje wykonanie wymaganej usługi (zwane dalej „CPG”). Numer telefonu CPG wskazany jest w Dokumencie ubezpieczenia;
 - 4) **Choroba przewlekła** – schorzenie utrzymujące się długotrwale, a w trakcie jego przebiegu mogą występować okresy zaostrzenia, mniejszego lub czasowego ustąpienia objawów i które zostało zdiagnozowane lub było leczone przed rozpoczęciem ochrony ubezpieczeniowej;
 - 5) **Dziecko** – osoba pozostająca pod władzą rodzicielską Ubezpieczonego, która w momencie zajścia zdarzenia nie przekroczyła 18 roku życia;
 - 6) **Dzień nabycia** – oznacza Dzień roboczy, w którym Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa;
 - 7) **Dzień roboczy** – oznacza każdy dzień z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
 - 8) **Dzień wyceny** – oznacza każdy Dzień roboczy, a także każdy ostatni dzień kalendarzowy miesiąca;
 - 9) **Dokument ubezpieczenia** – dokument potwierdzający zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy (polisa), a także inny dokument potwierdzający zmianę warunków Umowy;
 - 10) **Fundusz zewnętrzny** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są wyłącznie w Jednostki uczestnictwa jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych lub jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą;
 - 11) **Hospitalizacja** – leczenie w Szpitalu trwające nieprzerwanie, co najmniej 24 godziny, licząc od momentu przyjęcia do Szpitala;
 - 12) **Jednostka uczestnictwa** – udział w aktywach Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego uzyskany poprzez podzielenie ich na równe części, dający Ubezpieczającemu prawo do udziału w tych aktywach;
 - 13) **Konto Klienta** – serwis informacyjno-transakcyjny udostępniony przez Towarzystwo Ubezpieczającemu za pośrednictwem Internetu;
 - 14) **Lekarz** – osoba posiadająca obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej kwalifikacje, potwierdzone wymaganymi dokumentami, do udzielania świadczeń medycznych, nie będąca członkiem najbliższej rodziny Ubezpieczonego;
 - 15) **Lekarz Centrum Pomocy Generali** – Lekarz współpracujący z CPG (zwany dalej „Lekarz CPG”);
 - 16) **Miesiąc polisy** – miesiąc rozpoczynający się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego obowiązywania Umowy (przy czym jeżeli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym – w ostatnim dniu takiego miesiąca) i kończący się z upływem dnia poprzedzającego kolejny Miesiąc polisy;
 - 17) **Miejsce zamieszkania** – wskazane przez Ubezpieczonego we Wniosku miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dotyczy umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej);
 - 18) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy Ubezpieczonego powstały w sposób nagły, wymagający natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 19) **Nieszczęśliwy wypadek** – zdarzenie przypadkowe, nagłe i gwałtowne, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, które miało miejsce w okresie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za Nieszczęśliwy wypadek nie uważa się wylewu krwi do mózgu, zawału serca i innych chorób, nawet występujących nagle;
 - 20) **Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną** – opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną, polegająca na zapewnieniu niezbędnych warunków bytowych;
 - 21) **Opłata dystrybucyjna** – opłata pobierana w przypadku całkowitej albo częściowej wypłaty Wartości polisy przed upływem trzeciego Roku polisy, w wysokości wskazanej w Tabeli, w skład której wchodzi koszt zawarcia Umowy określone w § 18 ust. 12;
 - 22) **Osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w Miejsce zamieszkania Ubezpieczonego w momencie zajścia zdarzenia, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki i nie może samodzielnie zaspokoić swoich podstawowych potrzeb życiowych;
 - 23) **Osoba wskazana do opieki** – osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wskazana przez Ubezpieczonego, w momencie zgłoszenia zdarzenia do CPG, do sprawowania Opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną. Wskazanie osoby do Opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad wyżej wymienionymi osobami;
 - 24) **Portfel modelowy** – Fundusz, którego aktywa inwestowane są w Jednostki uczestnictwa więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego w rozumieniu ustawy z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych albo więcej niż jednego funduszu inwestycyjnego mającego siedzibę za granicą, a także bezpośrednio w akcje, obligacje i inne dłużne papiery wartościowe, listy zastawne oraz instrumenty rynku pieniężnego i inne instrumenty finansowe;

- 25) **Przeniesienie Jednostek uczestnictwa** – przeniesienie pomiędzy Funduszami całości lub części Jednostek uczestnictwa zgromadzonych na rachunku wskazanego Funduszu odbywające się poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa we wskazanym Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa w wybranym Funduszu;
 - 26) **Rachunek** – wyodrębniony dla danej Umowy rachunek, na którym ewidencjonowane są Jednostki uczestnictwa; Jednostki uczestnictwa nabyte za Składkę jednorazową i Składki dodatkowe ewidencjonowane są na odrębnych rachunkach: Rachunku Składki jednorazowej (zwanym dalej „**Rachunkiem podstawowym**”) i Rachunku Składek dodatkowych (zwanym dalej „**Rachunkiem dodatkowym**”);
 - 27) **Rocznica polisy** – wskazana w Dokumencie ubezpieczenia każda rocznica daty początku ochrony ubezpieczeniowej, przy czym jeżeli Rocznicą polisy przypada w dniu 29 lutego, a w danym roku nie ma takiego dnia, za Rocznicę polisy w danym roku kalendarzowym uznaje się 28 lutego;
 - 28) **Rok polisy** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy; pierwszy Rok polisy rozpoczyna się w dniu początku ochrony ubezpieczeniowej, a kończy z upływem dnia poprzedzającego pierwszą Rocznicę polisy;
 - 29) **Składka** – Składka jednorazowa i Składka dodatkowa;
 - 30) **Składka dodatkowa** – kwota wpłacana w dowolnym czasie obowiązywania Umowy, w wysokości nie mniejszej niż określona w Tabeli;
 - 31) **Składka jednorazowa** – kwota potwierdzona w Dokumencie ubezpieczenia, płatna jednorazowo w wysokości wskazanej we Wniosku i nie mniejszej niż określona w Tabeli;
 - 32) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Dokumencie ubezpieczenia, wypłacana Uprawnionemu w przypadku śmierci Ubezpieczonego;
 - 33) **Szpital** – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, znajdujący się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej - na terenie krajów Unii Europejskiej lub krajów Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu – o ile wynika to z zakresu usług realizowanych na podstawie umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej. W rozumieniu niniejszej definicji Szpitalem nie jest dom opieki, hospicjum, ośrodek sanatoryjny, rehabilitacyjny lub wypoczynkowy ani jakkolwiek placówka, której statutowym zadaniem jest leczenie alkoholizmu lub innych uzależnień;
 - 34) **Towarzystwo** – Generali Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul. Postępu 15B;
 - 35) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 36) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca Umowę z Towarzystwem i zobowiązana do opłacania Składek, będąca jednocześnie Ubezpieczonym;
 - 37) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (UFK)** – wyodrębniona część aktywów Towarzystwa, podzielona na równe części (zwany dalej „**Funduszem**”);
 - 38) **Umowa** – umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie niniejszych OWU;
 - 39) **Uposażony** – osoba wskazana przez Ubezpieczającego uprawniona do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci;
 - 40) **Uprawniony** – Uposażony, a w przypadku gdy nie został on wskazany lub został wskazany bezskutecznie – osoba wskazana w § 20 ust. 5;
 - 41) **Usługi medycznego Assistance** – zorganizowanie przez CPG pomocy medycznej na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej – o ile wynika to z zakresu usługi opisanego w umowie podstawowej dotyczącej pomocy medycznej, opieki nad ludźmi, a także świadczenie usług informacyjnych, w związku z zejściem Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innego zdarzenia uprawniającego do skorzystania z Usługi medycznego assistance. Pełen zakres Usług medycznego assistance w ramach umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej definiuje § 22 ust. 5;
 - 42) **Wartość dodatkowa** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku dodatkowym;
 - 43) **Wartość polisy** – wartość Jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na Rachunku podstawowym;
 - 44) **Wartość wykupu** – kwota, jaką Towarzystwo wypłaca w związku z odstąpieniem od Umowy, o którym mowa w § 10 ust. 1 pkt 2 oraz rozwiązaniem Umowy; składa się na nią Wartość polisy pomniejszona o Oplatę dystrybucyjną w wysokości wskazanej w Tabeli oraz Wartość dodatkowa;
 - 45) **Wiek** – liczba pełnych lat życia ukończonych w dniu złożenia Wniosku o zawarcie umowy;
 - 46) **Wniosek o zawarcie umowy** – formularz Towarzystwa, na którym Ubezpieczający składa ofertę zawarcia Umowy (zwany dalej „**Wnioskiem**”).
2. Definicje określone w ust. 1 należy rozumieć także w odpowiednim przypadku i liczbie.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Głównym celem Umowy jest inwestowanie środków pochodzących ze Składek w Fundusze oraz ochrona życia Ubezpieczonego.

§ 4

1. W ramach Umowy Towarzystwo tworzy dwa zakresy ubezpieczenia:
 - 1) podstawowy zakres ubezpieczenia, zwany dalej „**Zakresem podstawowym**”, obejmujący następujące umowy podstawowe:
 - a. śmierć Ubezpieczonego;
 - b. śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku;
 - c. pomoc medyczną – od trzeciej Rocznic polisy, w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) dodatkowy zakres ubezpieczenia, zwany dalej „**Zakresem dodatkowym**”, obejmujący umowę dodatkową na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, który stanowi wyłącznie rozszerzenie tej umowy podstawowej.
2. Szczegółowy zakres ubezpieczenia w ramach umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej został określony w § 22 ust. 5.

Zawarcie Umowy

§ 5

1. W przypadku, gdy stosowne przepisy prawa tego wymagają, Towarzystwo przed zawarciem Umowy uzyskuje od Ubezpieczającego, w formie ankiety, o ile nie odmówił on jej wykonania, informacje dotyczące jego potrzeb, wiedzy i doświadczenia w dziedzinie ubezpieczeń na życie oraz jego sytuacji finansowej, tak aby Towarzystwo mogło dokonać oceny, czy Umowa jest odpowiednia do potrzeb Ubezpieczającego.

2. Przed zawarciem Umowy Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu warunki Umowy, w tym treść OWU wraz z załącznikami oraz Skorowidzem albo udostępnia je Ubezpieczającemu w taki sposób, aby mógł je przechowywać i odtwarzać w zwykłym toku czynności.

§ 6

1. Umowa zawierana jest na czas nieokreślony na podstawie złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Umowa podstawowa dotycząca pomocy medycznej zawierana jest na okres jednego roku (okres ubezpieczenia). Umowa ta ulega automatycznemu przedłużeniu na kolejny okres ubezpieczenia, chyba że jedna ze stron złoży, najpóźniej na 30 dni przed upływem każdego okresu ubezpieczenia, oświadczenie o nieprzedłużaniu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej.
3. Umowa podstawowa dotycząca pomocy medycznej zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.
4. Rozszerzenie Zakresu podstawowego o Zakres dodatkowy możliwe jest w każdym czasie trwania Umowy, z zastrzeżeniem, że w przypadku złożenia wniosku o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej w innym terminie niż w dniu zawarcia Umowy, rozszerzenie zakresu ubezpieczenia następuje ze skutkiem od najbliższego Miesiąca polisy następującego po Miesiącu polisy, w którym Ubezpieczający złożył wniosek o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej, a Towarzystwo zaakceptowało ten wniosek.
5. Umowa w Zakresie podstawowym może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy w Zakresie podstawowym ukończył 18 lat i nie ukończył 80 roku życia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Umowa dotycząca pomocy medycznej może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy w Zakresie podstawowym ukończył 18 lat i nie ukończył 67 roku życia.
7. Umowa w Zakresie dodatkowym może zostać zawarta, jeżeli Ubezpieczony w dniu zawarcia Umowy w Zakresie dodatkowym ukończył 18 lat i nie ukończył 67 roku życia.
8. Umowa dodatkowa z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w Zakresie dodatkowym zawierana jest na okres nie dłuższy niż ten, na jaki została zawarta Umowa w Zakresie podstawowym i nie dłuższy niż do dnia poprzedzającego Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.

§ 7

1. Na podstawie informacji określonych we Wniosku Towarzystwo ma prawo:
 - 1) zawrzeć Umowę na warunkach określonych we Wniosku albo
 - 2) zaproponować zawarcie Umowy na warunkach odmiennych od określonych we Wniosku albo
 - 3) odmówić zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo jest zobowiązane do podjęcia decyzji, o której mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia otrzymania Wniosku.

§ 8

1. Umowę uważa się za zawartą z chwilą zaakceptowania przez Towarzystwo Wniosku. Towarzystwo wskazuje datę zawarcia Umowy w Dokumencie ubezpieczenia potwierdzającym zawarcie Umowy pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem oraz warunki tej Umowy.
2. Jeżeli w odpowiedzi na Wniosek Towarzystwo doręcza Ubezpieczającemu Dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści oferty złożonej przez niego we Wniosku, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu Dokumentu ubezpieczenia, wyznaczając mu 14-dniowy termin na zgłoszenie sprzeciwu. W razie niewykonania przez Towarzystwo obowiązku wskazanego w zdaniu poprzednim zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a Umowa jest zawarta zgodnie z treścią oferty złożonej we Wniosku.
3. W przypadku braku sprzeciwu, o którym mowa w ust. 2, Umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią Dokumentu ubezpieczenia następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego na złożenie sprzeciwu.
4. Jeżeli Towarzystwo odmówi zawarcia Umowy, poinformuje o tym Ubezpieczającego, podając przyczyny odmowy, oraz zwróci niezwłocznie Ubezpieczającemu wpłaconą Składkę, nie później jednak niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia podjęcia decyzji o odmowie zawarcia Umowy.

Ochrona ubezpieczeniowa

§ 9

1. Ochrona ubezpieczeniowa w Zakresie podstawowym lub w Zakresie dodatkowym, o ile rozszerzono Zakres podstawowy o Zakres dodatkowy wraz z zawarciem Umowy, rozpoczyna się pod warunkiem łącznego spełnienia poniższych warunków:
 - 1) otrzymania przez Towarzystwo poprawnie złożonego przez Ubezpieczającego Wniosku oraz
 - 2) opłacenia Składki jednorazowej.
2. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Dokumencie ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż dnia następnego po opłaceniu Składki jednorazowej, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
3. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej rozpoczyna się w dniu trzeciej Rocznicy polisy pod warunkiem, że Umowa nie została rozwiązana z przyczyn określonych w § 11 ust. 2 oraz pod warunkiem, że Ubezpieczony nie ukończył 70 roku życia.
4. Ochrona ubezpieczeniowa w Zakresie dodatkowym, w przypadku rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej o Zakres dodatkowy w innym terminie niż w dniu zawarcia Umowy, rozpoczyna się pod warunkiem otrzymania poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku przez Towarzystwo, z zastrzeżeniem § 6 ust. 4.
5. Ochrona ubezpieczeniowa w Zakresie podstawowym wygasa w dniu rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 ust. 2 albo otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od Umowy, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej wygasa z dniem:
 - 1) rozwiązania Umowy;
 - 2) poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.
7. Ochrona ubezpieczeniowa w Zakresie dodatkowym, bez względu na termin zawarcia umowy dodatkowej z Zakresu dodatkowego, wygasa:
 - 1) w przypadku rozwiązania Umowy;
 - 2) w przypadku wypowiedzenia umowy dodatkowej z Zakresu dodatkowego;
 - 3) z dniem poprzedzającym Rocznicę polisy, w której Wiek Ubezpieczonego wyniesie 70 lat.

8. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach nie więcej niż czterech Umów zawartych na podstawie niniejszych OWU.

Odstąpienie od Umowy i rozwiązanie Umowy

§ 10

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo odstąpienia od Umowy poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie:
 - 1) w terminie 30 dni od dnia zawarcia Umowy, przy czym jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia Umowy Towarzystwo nie poinformowało Ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od Umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym Ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie albo
 - 2) w terminie 60 dni od dnia otrzymania po raz pierwszy informacji, o której mowa w § 26 ust. 2 pkt 4.
2. Odstąpienie od Umowy nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za okres, w którym Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu, nie później niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia, kwotę stanowiącą Wartość polisy i Wartość dodatkową, o ile istnieje, ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu, powiększoną o:
 - 1) pobraną opłatę za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową oraz
 - 2) opłatę za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego, w przypadku rozszerzenia Zakresu podstawowego o Zakres dodatkowy, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Towarzystwo zwróci opłaconą Składkę, jeżeli od dnia jej opłacenia do dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od Umowy nie nabydzie za tę Składkę Jednostek uczestnictwa.
5. W przypadku odstąpienia od Umowy, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu nie później niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia otrzymania oświadczenia, Wartość wykupu ustaloną według Ceny jednostki obowiązującej w dniu otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o odstąpieniu.

§ 11

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia Umowy, a także umowy dodatkowej z Zakresu dodatkowego, w dowolnym czasie poprzez złożenie Towarzystwu oświadczenia w tym względzie.
2. Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach i odpowiednio wskazanej dacie:
 - 1) śmierci Ubezpieczonego – z upływem dnia, w którym nastąpiła śmierć Ubezpieczonego;
 - 2) wypowiedzenia Umowy przez Ubezpieczającego – z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy;
 - 3) nieopłacenia przez Ubezpieczającego Składki jednorazowej w terminie, o którym mowa w § 13 ust. 2 – z upływem dnia, w którym upływa wyznaczony termin;
 - 4) gdy Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w § 18 – z upływem ostatniego dnia Miesiąca polisy poprzedzającego Miesiąc polisy, w którym Wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat.
3. W przypadku rozwiązania Umowy:
 - 1) z przyczyny określonej w ust. 2 pkt 1 Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie, o którym mowa w § 22 ust. 1 pkt 1 i 2;
 - 2) z przyczyny określonej w ust. 2 pkt 2 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną zgodnie z § 19 ust. 9;
 - 3) z przyczyny określonej w ust. 2 pkt 4 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu Wartość wykupu ustaloną po Cenie jednostki przypadającej nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od daty rozwiązania Umowy.
4. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowej z Zakresu dodatkowego Ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaty za ryzyko za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 12

1. W Zakresie podstawowym Sumę ubezpieczenia stanowi:
 - 1) w przypadku śmierci Ubezpieczonego – kwota w wysokości 2 000 zł (dwa tysiące złotych);
 - 2) w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – kwota w wysokości 25 000 zł (dwadzieścia pięć tysięcy złotych).
2. W Zakresie dodatkowym Sumę ubezpieczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku stanowi kwota 40 000 zł (czterdzieści tysięcy złotych).
3. Suma ubezpieczenia nie podlega indeksacji.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu wszystkich zawartych przez Ubezpieczającego z Towarzystwem umów z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nie może być wyższa niż 800 000 zł (osiemset tysięcy złotych).
5. Towarzystwo odmówi zawarcia umowy z tytułu śmierci w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w przypadku, gdy Suma ubezpieczenia przekroczy kwotę, o której mowa w ust. 4, o czym poinformuje Ubezpieczającego.

Składka

§ 13

1. Minimalna wysokość Składki określona jest przez Towarzystwo w Tabeli.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki jednorazowej nie później niż w terminie 30 Dni roboczych od dnia podpisania Wniosku. W przypadku niedokonania wpłaty w podany termin Umowę uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
3. Składki opłacane są na rachunki bankowe wskazane przez Towarzystwo.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zmiany rachunku bankowego przeznaczonego do wpłat Składek, o czym poinformuje Ubezpieczającego przed dokonaniem zmiany rachunku.

§ 14

1. W dniu rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej Towarzystwo otwiera Rachunek podstawowy, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłaconą Składkę jednorazową.
2. Po opłaceniu Składki jednorazowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku podstawowego zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki jednorazowej określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej.
3. Po opłaceniu pierwszej Składki dodatkowej Towarzystwo otwiera Rachunek dodatkowy, na którym ewidencjonuje Jednostki uczestnictwa zakupione za opłacone Składki dodatkowe.
4. Po opłaceniu Składki dodatkowej Towarzystwo dopisuje Jednostki uczestnictwa do Rachunku dodatkowego, zgodnie ze wskazaną przez Ubezpieczającego dyspozycją Alokacji, z zastrzeżeniem § 16 ust. 3. Liczba dopisanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia części Składki dodatkowej określonej w dyspozycji Alokacji przez Cenę jednostki danego Funduszu, obowiązującą w Dniu nabycia, przypadającym nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od:
 - 1) dnia opłacenia Składki dodatkowej w przypadku wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o stałym podziale Składki dodatkowej;
 - 2) dnia wpływu oświadczenia Ubezpieczającego o jednorazowym podziale Składki dodatkowej;
 - 3) Dnia roboczego następującego po upływie okresu wskazanego w § 16 ust. 3, jeżeli nie wpłynęło oświadczenie Ubezpieczającego o podziale Składki dodatkowej.
5. Procent Składki przeznaczony na nabycie Jednostek uczestnictwa został określony w Tabeli.
6. Liczbę Jednostek uczestnictwa dopisywanych do Rachunku zaokrągla się z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku.
7. Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz nie może być niższa niż wartość określona w Tabeli.

Składka jednorazowa

§ 15

1. Ubezpieczający określa we Wniosku wysokość Składki jednorazowej. Składka jednorazowa wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany we Wniosku.
2. Wysokość Składki jednorazowej należnej z tytułu Umowy Towarzystwo potwierdza w Dokumencie ubezpieczenia.
3. Za Składkę jednorazową Towarzystwo nabywa Jednostki uczestnictwa w Funduszach wybranych przez Ubezpieczającego we Wniosku.
4. Jeżeli na Rachunek podstawowy, po opłaceniu Składki jednorazowej, wpłynie kolejna składka, Towarzystwo zwróci ją niezwłocznie Ubezpieczającemu, nie później jednak niż w terminie 7 Dni roboczych od dnia wpływu składki.

Składka dodatkowa

§ 16

1. Ubezpieczający ma prawo do wpłacania Składki dodatkowej w dowolnym czasie obowiązywania Umowy. Składka dodatkowa wpłacana jest na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo w Dokumencie ubezpieczenia.
2. Nabycie Jednostek uczestnictwa za Składkę dodatkową następuje na podstawie oświadczenia Ubezpieczającego określającego jej Alokację. Ubezpieczający ma prawo złożyć w Towarzystwie oświadczenie o stałym lub jednorazowym podziale wpłacanych Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze.
3. Jeżeli w terminie 7 dni od opłacenia Składki dodatkowej do Towarzystwa nie wpłynie oświadczenie Ubezpieczającego o jej podziale, Towarzystwo ma prawo nabyć Jednostki uczestnictwa Funduszy w proporcjach ustalonych przez Ubezpieczającego dla Składki jednorazowej.
4. Jeżeli Ubezpieczający złoży oświadczenie o stałym podziale Składek dodatkowych pomiędzy Fundusze, proporcje wskazane w tym oświadczeniu będą obowiązywać dla Składek dodatkowych opłaconych od daty otrzymania oświadczenia przez Towarzystwo do daty wpływu jego odwołania lub zmiany, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Złożenie w formie pisemnej oświadczenia o jednorazowym podziale Składki dodatkowej jest równoznaczne z odwołaniem oświadczenia, o którym mowa w ust. 4, o ile różni się od tego oświadczenia.

Przeniesienie Jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami

§ 17

1. Ubezpieczającemu w dowolnym czasie obowiązywania Umowy przysługuje prawo do Przeniesienia Jednostek uczestnictwa.
2. Towarzystwo dokona przeniesienia, o którym mowa w ust. 1, nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym względzie, poprzez sprzedaż i nabycie Jednostek uczestnictwa.
3. Dyspozycje dotyczące Przeniesienia Jednostek uczestnictwa dokonywane są według kolejności ich złożenia w Towarzystwie.
4. Przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane poza Kontem Klienta podlega opłacie operacyjnej w wysokości wskazanej w Tabeli. Przeniesienie Jednostek uczestnictwa dokonane za pośrednictwem Konta Klienta nie podlega opłacie.

Opłaty

§ 18

1. Towarzystwo z tytułu Umowy pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłatę operacyjną:
 - a. za Przeniesienie Jednostek uczestnictwa;
 - b. za przesłanie, na wniosek Ubezpieczającego, informacji dotyczącej ubezpieczenia w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej;
 - 2) opłatę za zarządzanie Funduszami;
 - 3) opłatę za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową;
 - 4) Opłatę dystrybucyjną;
 - 5) opłatę za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego, w przypadku rozszerzenia Zakresu podstawowego o Zakres dodatkowy.

2. Wysokości opłat, o których mowa w ust. 1, zostały określone w Tabeli.
3. Opłata operacyjna za Przeniesienie Jednostek uczestnictwa pobierana jest na pokrycie kosztów przeprowadzenia operacji Przeniesienia Jednostek uczestnictwa.
4. Opłata operacyjna za Przeniesienie Jednostek uczestnictwa pobierana jest poprzez odpowiednie zmniejszenie liczby przenoszonych Jednostek uczestnictwa. Opłata pobierana jest za każdą zmianę dokonaną poza Kontem Klienta.
5. Opłata operacyjna za przesłanie, na wniosek Ubezpieczającego, informacji dotyczącej ubezpieczenia w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej pobierana jest na pokrycie kosztów przygotowania i przekazania informacji na wniosek Ubezpieczającego i pobierana jest w przypadku, gdy przekazanie tej informacji nie wynika z obowiązujących przepisów prawa lub zapisów OWU.
6. Opłata operacyjna za przesłanie, na wniosek Ubezpieczającego, informacji dotyczącej ubezpieczenia w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej naliczana jest w dniu przygotowania informacji przez Towarzystwo i pobierana jest za każdą informację, z wyłączeniem informacji o której mowa w § 19 ust. 15, poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku podstawowego. Liczba odliczanych Jednostek uczestnictwa wynika z podzielenia wysokości opłaty przez Cenę jednostki obowiązującą w dniu pobrania opłaty, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.
7. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana jest za zarządzanie Funduszami przez Towarzystwo. Opłata naliczana jest w całym okresie obowiązywania Umowy przy ustalaniu wartości Jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami określonymi w § 5 ust. 10 Regulaminu lokowania.
8. Opłata za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową pobierana jest w celu pokrycia marży Towarzystwa oraz kosztów ponoszonych przez Towarzystwo w związku z zawarciem Umowy, udzielaniem ochrony oraz jej bieżącą obsługą.
9. Opłata za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową naliczana jest za każdy dzień obowiązywania Umowy w każdym Dniu wyceny Jednostki uczestnictwa. Opłata naliczana jest kwotowo w proporcji, jaką stanowi dzień w stosunku do długości roku kalendarzowego, w którym następuje naliczenie. Wysokość opłaty stanowi część rocznej opłaty za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową.
10. Towarzystwo nie nalicza opłaty za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową za następujące Fundusze: Portfel Cyklu Konium, Portfel Polski Akcyjny, Portfel Zagraniczny „Cztery Strony Świata” Akcyjny, Portfel Zagraniczny Nieruchomości, Portfel Zagraniczny Surowcowy.
11. W dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy Towarzystwo pobiera opłatę, o której mowa w ust. 8, naliczoną za miniony Miesiąc polisy, poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy proporcjonalnie do ich udziału w Wartości polisy lub w Wartości dodatkowej, przed naliczeniem innych opłat z Rachunku. W przypadku umorzenia Jednostek uczestnictwa na Rachunku w trakcie trwania Miesiąca polisy opłata pobierana jest w wysokości naliczonej do tego dnia.
12. Opłata dystrybucyjna pobierana jest w przypadku dokonania całkowitego albo częściowego wykupu Wartości polisy przed upływem trzeciego Roku polisy w wysokości określonej w Tabeli. Opłata pobierana jest w celu pokrycia kosztów ponoszonych przez Towarzystwo w związku z zawarciem Umowy, w tym kosztów dystrybucji i kosztów wdrożenia produktu.
13. W przypadku rozszerzenia Zakresu podstawowego o Zakres dodatkowy w dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy, do dnia wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej, wskazanego w § 9 ust. 7, Towarzystwo nalicza i pobiera opłatę za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego.
14. Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego pobierana jest za udzielanie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego.
15. Opłata, o której mowa w ust. 13, naliczana jest w dniu rozpoczęcia każdego Miesiąca polisy w wysokości określonej w Tabeli i pobierana jest poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku podstawowego, proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy.

Wykup

§ 19

1. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do Wartości polisy i Wartości dodatkowej.
2. Ubezpieczający ma prawo w dowolnym momencie do:
 - 1) całkowitego wykupu Wartości polisy;
 - 2) całkowitego wykupu Wartości dodatkowej;
 - 3) częściowego wykupu Wartości polisy;
 - 4) częściowego wykupu Wartości dodatkowej.
3. W przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca Wartość wykupu.
4. W przypadku częściowego wykupu Wartości polisy Towarzystwo wypłaca odpowiednią część Wartości polisy.
5. W przypadku całkowitego lub częściowego wykupu Wartości dodatkowej Towarzystwo wypłaca Wartość dodatkową lub jej odpowiednią część.
6. Dyspozycja dotycząca częściowego wykupu Wartości polisy lub Wartości dodatkowej powinna być określona:
 - 1) procentowo z dokładnością do 1% w odniesieniu do Funduszy, z których ma zostać dokonany częściowy wykup albo
 - 2) kwotowo w odniesieniu do Funduszy, z których ma zostać dokonany częściowy wykup lub proporcjonalnie do udziału poszczególnych Funduszy w Wartości polisy lub Wartości dodatkowej,
 przy czym, jeżeli Ubezpieczający składa dyspozycję częściowego wykupu wskazując ją kwotowo, dodatkowo określa kwotę netto (kwota do wypłaty po odliczeniu należnego podatku) lub brutto (kwota, od której zostanie odliczony należny podatek) do wypłaty.
7. Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy nie może być niższa niż kwota określona w Tabeli. W przypadku, gdy dyspozycja dokonania częściowego wykupu Wartości polisy spowodowałaby spadek Wartości polisy poniżej kwoty określonej w Tabeli, dyspozycja nie zostanie zrealizowana, o czym Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego.
8. Towarzystwo określa minimalną Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy w celu zabezpieczenia środków Ubezpieczającego na poczet opłat pobieranych z tytułu Umowy i uniknięcia rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 ust. 2 pkt 4.
9. W celu dokonania wykupu Towarzystwo oblicza Wartość polisy i Wartość dodatkową, przyjmując Cenę jednostki obowiązującą w dniu, w którym dokona umorzenia Jednostek uczestnictwa. Umorzenie Jednostek uczestnictwa następuje nie później niż w terminie 5 Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego o dokonanie wykupu oraz po potwierdzeniu tożsamości Ubezpieczającego.
10. Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o kwocie wykupu oraz o dacie Ceny jednostki, po której ustalono wartość do wypłaty, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa określonego w ust. 9.
11. W przypadku całkowitego albo częściowego wykupu Wartości polisy przed upływem trzeciego Roku polisy Towarzystwo pobiera Opłatę dystrybucyjną.
12. Opłata dystrybucyjna w przypadku całkowitego wykupu Wartości polisy została określona w pkt 5 Tabeli opłat i jest równa 1% Wartości polisy z dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa.

13. Oplata dystrybucyjna w przypadku częściowego wykupu Wartości polisy została określona w pkt 5 Tabeli opłat i jest równa 1% wypłacanej części Wartości polisy.
14. Towarzystwo wypłaca wartość, o której mowa w ust. 3, 4 lub 5, niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od dnia umorzenia Jednostek uczestnictwa określonego w ust. 9.
15. Towarzystwo przekazuje Ubezpieczającemu raz w Roku polisy informację, o której mowa w § 26 ust. 2 pkt 4, bez pobierania opłaty operacyjnej, o której mowa w § 18 ust. 1 pkt 1 ppkt b. Za przekazanie informacji o Wartości wykupu lub Wartości polisy na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo pobiera opłatę wskazaną w § 18 ust. 1 pkt 1 ppkt b.

Wskazanie osób Uposażonych

§ 20

1. Ubezpieczony może wskazać jedną lub więcej osób Uposażonych do otrzymania świadczenia w razie jego śmierci.
2. Wskazanie dotyczące Uposażonego może zostać w dowolnym czasie zmienione lub odwołane przez złożenie oświadczenia w Towarzystwie. Zmiana Uposażonego następuje od daty otrzymania tego oświadczenia przez Towarzystwo.
3. Jeżeli wskazano kilku Uposażonych, winny zostać określone ich udziały procentowe w kwocie świadczenia.
4. Jeżeli udziały procentowe Uposażonych w kwocie świadczenia nie zostaną określone, przyjmuje się, iż są one równe.
5. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, gdy Ubezpieczony nie wskazał żadnego Uposażonego lub wskazanie jedyne Uposażonego okazało się bezskuteczne, świadczenie przysługuje członkom 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 ustawowymi Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy właściwej dla ostatniego miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz Skarbu Państwa – w częściach równych.
6. Świadczenie może być wypłacone członkowi rodziny wymienionemu w dalszej kolejności wyłącznie wtedy, gdy żadna z osób wskazanych w punktach poprzedzających nie dożyła śmierci Ubezpieczonego albo nie jest uprawniona do otrzymania świadczenia z powodu okoliczności wskazanych w ust. 7. Uważa się, że osoba nie dożyła śmierci Ubezpieczonego także, gdy zmarła jednocześnie z nim.
7. Wskazanie Uposażonego jest bezskuteczne, jeżeli Uposażony zmarł przed Ubezpieczonym albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział bezskutecznie wskazanego Uposażonego w kwocie świadczenia dolicza się proporcjonalnie do udziałów pozostałych Uposażonych.

Ograniczenia i wyłączenia odpowiedzialności

§ 21

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła wskutek:
 - 1) wojny, działań wojennych lub stanu wojennego; aktywnego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach;
 - 2) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie 2 lat od daty zawarcia Umowy.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek był konsekwencją okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 1 lub:
 - 1) niedorozwoju umysłowego Ubezpieczonego lub zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego oraz ich skutków;
 - 2) spożycia alkoholu przez Ubezpieczonego (rozumianego jako stężenie alkoholu we krwi co najmniej 0,2 promila albo obecność alkoholu w wydychanym powietrzu co najmniej 0,1 mg w 1 dm sześciennym);
 - 3) pozostawiania przez Ubezpieczonego pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez lekarza, uśmierzania lub popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczającego, próby samobójczej Ubezpieczonego, świadomego samookaleczenia Ubezpieczonego lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - 4) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie samolotu innego niż samolot przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów prawa lotniczego;
 - 5) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu mechanicznego bez posiadania odpowiednich uprawnień lub prowadzenia pojazdów niedopuszczonych do ruchu drogowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 6) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznych albo udziału Ubezpieczonego w niebezpiecznych zajęciach sportowych lub aktywnościach fizycznych. Za niebezpieczne, odpowiednio, sporty, zajęcia sportowe oraz aktywności fizyczne uznaje się: baloniarstwo, lotniarstwo, paralotniarstwo, szybownictwo, motolotniarstwo, sporty motorowe i motorowodne (uprawiane pojazdami niezależnie od pojemności silnika), sporty walki, sporty spadochronowe, wspinaczkę wysokogórską lub skałkową, speleologię, skoki do wody, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na elastycznej linie (bungee jumping), rafting i wszystkie jego odmiany, żeglarstwo morskie, kite-surfing, off-road skiing/heliskiing, kaskaderstwo, jazdę na quadach oraz udział w zawodach sportowych poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej, jeżeli Nieszczęśliwy wypadek lub Nagłe zachorowanie nastąpiły wskutek okoliczności wymienionych w ust. 1 pkt 1 lub wskutek:
 - 1) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu noszącego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 2) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu bez określonych w stosownych przepisach prawa uprawnień do prowadzenia danego pojazdu, prowadzenia pojazdu w stanie po spożyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości, prowadzenia pojazdu, który nie posiada aktualnego badania technicznego lub innych dokumentów warunkujących dopuszczenie do ruchu;
 - 3) samookaleczenia lub uśmierzania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - 4) poddania się eksperymentowi medycznemu przez Ubezpieczonego lub zabiegowi o charakterze medycznym, przeprowadzonemu poza kontrolą Lekarza lub innych osób uprawnionych;
 - 5) leczenia stomatologicznego, operacji kosmetycznych lub plastycznych z wyjątkiem przypadków gdy ich przeprowadzenie spowodowane było koniecznością usunięcia następstw Nieszczęśliwych wypadków lub Nagłymi zachorowaniami zaistniałymi w okresie odpowiedzialności Towarzystwa;
 - 6) operacji zmiany płci, pozbawienia płodności, usunięcia ciąży, sztucznego zapłodnienia lub innego sposobu leczenia niepłodności;

- 7) pobrania od Ubezpieczonego narządów lub tkanek do przeszczepu;
- 8) wypadku lotniczego zaistniałego w czasie przebywania przez Ubezpieczonego na pokładzie innego samolotu niż samolot pasażerski przewoźnika lotniczego w rozumieniu przepisów prawa lotniczego;
- 9) spożycia lub spożywania przez Ubezpieczonego alkoholu, środków odurzających lub psychotropowych niezaleconych przez Lekarza;
- 10) niestosowania się Ubezpieczonego do zaleceń lekarza prowadzącego lub Lekarza CPG;
- 11) Chorób przewlekłych Ubezpieczonego;
- 12) uprawiania przez Ubezpieczonego sportów: motorowych, motorowodnych, lotniczych, spadochronowych, sportów walki, baloniarstwa, paralotniarstwa, motolotniarstwa, szybownictwa, nart wodnych, żeglarstwa, spływów sportowych, wspinaczki wysokogórskiej, wspinaczki skałkowej, narciarstwa i snowboardingu ekstremalnego, kolarstwa ekstremalnego, speleologii, nurkowania ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą, jeździectwa, parkur, raftingu, buggykingu, surfing, windsurfing, kitesurfing, zorbing, paintballu, kaskaderstwa, skoków na linie (bungee jumping), jazdy quadami, ekstremalną jazdą na motocyklu, udziału w off-roadach, uczestniczenia w rajdach przeprawowych i samochodowych, a także udziału we wszelkiego rodzaju wyścigach, poza lekkoatletyką i pływaniem oraz udziałem w szkolnych zawodach sportowych.

Świadczenie z tytułu Umowy

§ 22

1. Z tytułu Umowy w Zakresie podstawowym Towarzystwo:
 - 1) z tytułu śmierci Ubezpieczonego – wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 1, obliczoną zgodnie z ust. 4, powiększonej o Wartość polisy oraz Wartość dodatkową, o ile Wartość dodatkowa istnieje;
 - 2) z tytułu śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku – wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 12 ust. 1 pkt 2;
 - 3) z tytułu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej – zapewni Ubezpieczonemu świadczenia i usługi wymienione w ust. 5.
2. Z tytułu umowy na wypadek śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w Zakresie dodatkowym Towarzystwo wypłaci Uprawnionemu świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 12 ust. 2.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie w związku ze śmiercią Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) Nieszczęśliwy wypadek, który spowodował śmierć Ubezpieczonego, wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej;
 - 3) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku nastąpiła w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego wypadku;
 - 4) śmierć Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku w Zakresie dodatkowym nastąpiła przed dniem poprzedzającym Rocznicę polisy następującą po ukończeniu przez Ubezpieczającego 70 roku życia;
 - 5) z medycznego punktu widzenia istnieje adekwatny związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy Nieszczęśliwym wypadkiem a śmiercią Ubezpieczonego.
4. W celu wypłaty świadczenia Towarzystwo oblicza Wartość polisy i Wartość dodatkową, przyjmując liczbę Jednostek uczestnictwa obowiązującą na dzień śmierci Ubezpieczonego i Cenę jednostki obowiązującą w najbliższym Dniu roboczym następującym po otrzymaniu przez Towarzystwo zgłoszenia roszczenia o wypłatę świadczenia.
5. Zakres odpowiedzialności w ramach umowy dotyczącej pomocy medycznej obejmuje następujące świadczenia i usługi medyczne:
 - 1) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta pielęgniarki – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu pielęgniarki do miejsca pobytu Ubezpieczonego oraz pokrywa jej honorarium, jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany przez okres dłuższy niż 3 dni. Opieka pielęgniarska obejmuje wykonanie niezbędnych zabiegów pielęgnarskich w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez lekarza prowadzącego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 zł na zdarzenie;
 - b. dostawa leków – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia leków przepisanych przez Lekarza, do miejsca pobytu Ubezpieczonego, w sytuacji gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 zł na zdarzenie;
 - c. dostawa sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego – CPG organizuje i pokrywa koszt dostarczenia drobnego sprzętu medyczno-rehabilitacyjnego do miejsca pobytu Ubezpieczonego w sytuacji, gdy stan zdrowia wymaga leżenia zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 zł na zdarzenie;
 - d. organizacja i pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego – jeżeli Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem Lekarza, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, CPG organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, do wysokości 500 zł na zdarzenie;
 - e. transport medyczny – CPG organizuje i pokrywa koszty transportu medycznego Ubezpieczonego:
 - z Miejsca zamieszkania do najbliższego, wyznaczonego przez Lekarza CPG, Szpitala;
 - ze Szpitala do Szpitala (jeżeli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony, nie może zapewnić mu wymaganej opieki, bądź gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny);
 - ze Szpitala do Miejsca zamieszkania (jeżeli Hospitalizacja trwała dłużej niż 5 dni);
 Świadczenie udzielane jest do wysokości 2 000 zł na zdarzenie na wszystkie rodzaje transportu.
 - f. pomoc domowa po Hospitalizacji – jeżeli Ubezpieczony był Hospitalizowany dłużej niż 5 dni, CPG organizuje i pokrywa koszty pomocy domowej (przygotowywanie posiłków, wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, drobne zakupy, drobne porządki) po zakończeniu hospitalizacji. Koszty zakupu wszelkich materiałów, środków spożywczych i usług ponosi Ubezpieczony. Usługa świadczona jest w godzinach 8:00-16:00 w Miejscu zamieszkania. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 zł na zdarzenie;
 - g. organizacja procesu rehabilitacyjnego – CPG organizuje rehabilitację oraz transport Ubezpieczonego na zlecenie przez Lekarza zabiegów w poradni rehabilitacyjnej najbliższej Miejsca zamieszkania lub innej wskazanej przez Ubezpieczonego. Koszt rehabilitacji oraz transportu ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - h. Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, a w jego Miejscu zamieszkania bez opieki pozostaje Dziecko lub Osoba niesamodzielną, CPG organizuje i pokrywa koszty tylko jednego ze świadczeń, do wysokości 500 zł na zdarzenie:
 - Opieka nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty Opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną w Miejscu zamieszkania Ubezpieczonego;

- transport Dziecka lub Osoby niesamodzielnej do Osoby wskazanej do opieki – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla Dziecka lub Osoby niesamodzielnej z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Osoby wskazanej do opieki;
 - transport opiekuna do Opieki nad Dzieckiem lub Osobą niesamodzielną – CPG organizuje i pokrywa koszty podróży w obie strony dla opiekuna z jego Miejsca zamieszkania do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 2) usługa realizowana w przypadku Nieszczęśliwego wypadku na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu oraz honorarium Lekarza za wizytę w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje i pokrywa koszty wizyty w najbliższej placówce medycznej. Świadczenie udzielane jest do wysokości 500 zł na zdarzenie i może być wykorzystane maksymalnie 4 razy w Roku polisy;
 - 3) usługa realizowana w przypadku urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu – CPG organizuje i pokrywa koszty dojazdu położnej do miejsca pobytu Ubezpieczonego i pokrywa koszty jej honorarium. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 zł na zdarzenie;
 - 4) usługa realizowana w trudnych sytuacjach losowych, tj. zgonu albo ciężkiej choroby rodziców i teściów – CPG organizuje i pokrywa koszt wizyty w placówce medycznej lub koszt dojazdu do Miejsca zamieszkania Ubezpieczonego oraz honorarium psychologa. Świadczenie udzielane jest do wysokości 400 zł na zdarzenie;
 - 5) usługi realizowane na życzenie Ubezpieczonego:
 - a. osobisty asystent – na życzenie Ubezpieczonego CPG organizuje wybrane świadczenie:
 - telefoniczna konsultacja z Lekarzem – CPG zapewni Ubezpieczonemu całodobowy dostęp do infolinii medycznej polegający na telefonicznej rozmowie z Lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli ustnej informacji co do dalszego toku postępowania oraz telefoniczny dostęp do informacji o lekach, ich działaniu, interakcjach z innymi środkami, przeciwwskazaniach, dawkowaniu, ich zamiennikach;
 - organizacja wizyty u lekarza specjalisty – jeżeli Lekarz wysłany przez CPG zaleci wizytę u lekarza specjalisty, CPG zorganizuje wizytę w najbliższym możliwym terminie wskazanym przez Ubezpieczonego. Koszt wizyty ponosi osoba wnioskująca o świadczenie;
 - osoba towarzysząca przy transporcie ze Szpitala do Szpitala – jeżeli Ubezpieczony korzysta ze świadczenia transportu ze Szpitala do Szpitala, opisanego w ust. 5 pkt 1 lit. e, CPG organizuje i pokrywa koszt transportu osoby towarzyszącej;
 - b. infolinia medyczna – CPG zapewni Ubezpieczającemu możliwość rozmowy z Lekarzem CPG, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości udzieli Ubezpieczonemu informacji. Informacje udzielone przez Lekarza CPG nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń. Ponadto CPG udostępni Ubezpieczonemu następujące informacje:
 - baza danych aptek na terenie całego kraju, w tym również adresy, godziny pracy oraz numery telefonów;
 - baza danych placówek medycznych mających podpisane kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - baza danych placówek medycznych (lekarzy ogólnych, Szpitali, przychodni, spółdzielni lekarskich) w tym adresów, godzin pracy i numerów telefonów placówek odpowiadających potrzebom Ubezpieczonego i rekomendowanych przez Lekarzy uprawnionych;
 - baza danych placówek lecznictwa zamkniętego (szpitale prywatne, szpitale najwyższego stopnia referencji oraz kliniki Akademii Medycznych);
 - baza danych placówek odnowy biologicznej, rehabilitacyjnych i sanatoryjnych na terenie kraju;
 - baza danych placówek opieki społecznej;
 - baza danych placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
 - działania, które należy podjąć przed oraz w trakcie podróży, np. niezbędnych szczepieniach, specyfice danego kraju lub regionu świata (w aspekcie medycznym i ochrony zdrowia);
 - informacja o badaniach kontrolnych dla grup wiekowych o podwyższonym ryzyku zachorowań;
 - informacja medyczna o danym schorzeniu, zastosowanym leczeniu, nowoczesnych metodach leczenia (w ramach obowiązujących w Polsce przepisów);
 - informacja farmaceutyczna o danym leku (stosowanie, odpowiedniki, działanie uboczne; interakcje z innymi lekami, możliwość przyjmowania leków w czasie ciąży i laktacji) – w ramach obowiązujących w Polsce przepisów;
 - informacje o zasadach zdrowego żywienia i dietach;
 - informacja o grupach wsparcia i telefonach zaufania w Polsce dla osób w trudnej sytuacji rodzinnej, samotnych matek, cierpiących na określone schorzenia lub dotkniętych narkomanią, alkoholizmem, nikotynizmem, przemocą domową, chorobą nowotworową, cukrzycą, otyłością, anoreksją, bulimią, depresją;
 - informacja o uwarunkowaniach medycznych dotyczących poszczególnych schorzeń oraz promocji zdrowia;
 - informacja o ciąży;
 - informacje dla młodych matek dotyczące pielęgnacji niemowląt;
 - informacje o stanach wymagających natychmiastowej pomocy i zasadach udzielania pierwszej pomocy;
 - instrukcja przygotowania do zabiegów i badań medycznych;
 - profilaktyka zachorowań na grypę.
 - 6) usługi realizowane w przypadku Nieszczęśliwego wypadku lub Nagłego zachorowania poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - a. wizyta Lekarza – CPG organizuje wizytę lekarską w miejscu pobytu Ubezpieczonego bądź organizuje wizytę u Lekarza w placówce medycznej, pokrywa koszty dojazdu i honorarium Lekarza. Świadczenie udzielane jest 1 raz w trakcie Roku polisy do wysokości 150 EUR na zdarzenie;
 - b. wizyta pielęgniarki – CPG organizuje wizytę pielęgniarki w miejscu pobytu Ubezpieczonego, w okresie nie dłuższym niż 48 godzin od momentu zlecenia wizyty przez Lekarza CPG;
 - c. transport medyczny – CPG organizuje transport medyczny z miejsca zdarzenia lub pobytu Ubezpieczonego do najbliższego Szpitala lub innej placówki medycznej wskazanej przez Lekarza CPG;
 - d. transport medyczny powrotny – CPG organizuje transport ze Szpitala lub innej placówki medycznej do miejsca pobytu Ubezpieczonego odpowiednim, zalecanym przez lekarza prowadzącego środkiem transportu;
 - e. transport medyczny pomiędzy placówkami medycznymi – CPG organizuje transport ze Szpitala do Szpitala (jeśli placówka medyczna, w której przebywa Ubezpieczony nie może zapewnić mu wymaganej opieki lub gdy skierowany on jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny) odpowiednim środkiem transportu zalecanym przez lekarza prowadzącego;
 - f. przekazywanie informacji – jeżeli Ubezpieczony jest Hospitalizowany, CPG zapewnia usługi informacyjne polegające na przekazaniu na wyraźne życzenie Ubezpieczonego ważnych wiadomości jego rodzinie lub pracodawcy, zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych i z zachowaniem poufności informacji medycznych.
- Koszt świadczeń w lit. b – e pokrywa osoba wnioskująca o świadczenie.

6. W przypadku zajścia Nieszczęśliwego wypadku, Nagłego zachorowania lub innych okoliczności uprawniających do świadczeń wymienionych w ust. 5 w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dotyczącej pomocy medycznej Ubezpieczony ma prawo do skorzystania z każdej wymienionej powyżej Usługi medycznego assistance bez limitu zdarzeń w Roku polisy, chyba że w opisie świadczenia w ust. 5 taki limit został wskazany.
7. Zakres odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy podstawowej dotyczącej pomocy medycznej nie obejmuje pomocy medycznej w przypadku bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia Ubezpieczonego, tj. w sytuacjach wymagających wezwania pogotowia ratunkowego.
8. Jeżeli Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia osobom Uprawnionym wskutek wyłączeń odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskazanych w § 21 ust. 1, to Wartość wykupu zostanie wypłacona spadkobiercom Ubezpieczającego.
9. Jeżeli Towarzystwo odmówi wypłaty świadczenia wskutek wyłączeń odpowiedzialności z tytułu śmierci Ubezpieczającego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku wskazanych w § 21 ust. 2, wówczas wypłaci osobom Uprawnionym świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 1.

Wypłata świadczeń

§ 23

1. Osoba zgłaszająca roszczenie o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego bądź śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku zobowiązana jest złożyć w Towarzystwie następujące dokumenty:
 - 1) wniosek o wypłatę świadczenia wraz z oświadczeniem potwierdzającym dane z dokumentu tożsamości osoby zgłaszającej roszczenie;
 - 2) kopię odpisu skróconego aktu zgonu Ubezpieczonego;
 - 3) kopię statystycznej karty zgonu lub innej dokumentacji medycznej określającej przyczynę śmierci;
 - 4) w przypadku, o którym mowa w § 20 ust. 5, dokument potwierdzający bycie członkiem rodziny, a stosownym wykazaniem takiego stanu będą w szczególności kopia aktu małżeństwa, kopia aktu urodzenia, kopia prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku, kopia notarialnego aktu poświadczenia dziedziczenia.
2. W sytuacji, gdy dokumenty wymienione w ust. 1 okazałyby się niewystarczające do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia, Towarzystwo może zwrócić się pisemnie o dostarczenie innych, określonych w wezwaniu dokumentów.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 1 i 2, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski.
4. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową.
5. Gdyby wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe w powyższym terminie, Towarzystwo wypłaci świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia Towarzystwo zobowiązane jest wypłacić w terminie przewidzianym w ust. 4.
6. W przypadku zajścia zdarzenia uprawniającego do skorzystania z usług, wskazanych w § 22 ust. 5, Ubezpieczony zobowiązany jest do telefonicznego skontaktowania się z CGP podając następujące dane:
 - 1) imię i nazwisko Ubezpieczonego;
 - 2) adres zamieszkania Ubezpieczonego;
 - 3) numer PESEL Ubezpieczonego;
 - 4) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
 - 5) numer telefonu do skontaktowania się z Ubezpieczonym;
 - 6) inne informacje konieczne pracownikowi CPG do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
7. W przypadku, gdy podane telefonicznie informacje, o których mowa w ust. 6, są niezgodne z danymi posiadanymi przez CPG i mogą nasuwać wątpliwości co do uprawnień Ubezpieczonego do korzystania z Usług medycznego assistance, Ubezpieczony na żądanie pracownika CPG zobowiązany jest okazać usługodawcy przybyłemu na miejsce zdarzenia dokument tożsamości ze zdjęciem pod rygorem niezrealizowania Usługi medycznego assistance.
8. W przypadku odmowy udzielenia informacji, o których mowa w ust. 6 i 7 lub braku współpracy z obsługą CPG uniemożliwiającej organizację świadczeń, CPG może odmówić organizacji świadczeń.

Refundacja za Usługi medycznego Assistance

§ 24

1. Towarzystwo nie przewiduje refundacji za usługi niezorganizowane przez CPG, chyba że Ubezpieczony przed zorganizowaniem usługi we własnym zakresie uzyskał telefonicznie taką zgodę od CPG.
2. Ubezpieczony powinien złożyć do CPG pisemny wniosek o refundację kosztów usług wraz z kopiami rachunków niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni od ustania przeszkody w zawiadomieniu CPG.
3. CPG przekazuje Ubezpieczonemu decyzję w sprawie wniosku o refundację w terminie do 30 dni od daty jego otrzymania.
4. Towarzystwo poprzez CPG refunduje koszty w wysokości, w jakiej byłyby poniesione, gdyby Usługa medycznego assistance była organizowana przez CPG, jednak nie wyższe niż potwierdzone przedłożonymi rachunkami.
5. Jeżeli wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości refundacji kosztów nie jest możliwe w terminie określonym w ust. 3, refundacja kosztów dokonywana jest w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część refundacji CPG wypłaca w terminie określonym w ust. 3.

Prawa i obowiązki Ubezpieczającego

§ 25

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacenia Składki jednorazowej.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest do niezwłocznego powiadomienia Towarzystwa o zmianach danych osobowych i teleadresowych Ubezpieczającego i Uposażonego.
3. Ubezpieczający ma prawo do złożenia określonych zleceń wskazanych w Regulaminie świadczenia usług drogą elektroniczną, o którym mowa w § 28 ust. 8, za pośrednictwem Konta Klienta oraz za pośrednictwem innych serwisów informacyjno-transakcyjnych udostępnionych przez Towarzystwo.

Prawa i obowiązki Towarzystwa

§ 26

1. Towarzystwo ma prawo do pobierania opłat określonych w OWU, Regulaminie lokowania oraz Tabeli.
2. Towarzystwo zobowiązane jest do:
 - 1) prawidłowego i terminowego wykonywania zobowiązań przewidzianych Umową;
 - 2) sporządzania i publikowania rocznych i półrocznych sprawozdań Funduszu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - 3) przekazywania Ubezpieczającemu informacji dotyczących zmian warunków Umowy lub zmiany prawa właściwego dla zawartej Umowy przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na dokonanie takich zmian, z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej Umowy;
 - 4) informowania Ubezpieczającego, nie rzadziej niż raz w roku, z zastrzeżeniem pkt 5, o Wartości wykupu oraz o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu Umowy;
 - 5) informowania Ubezpieczającego w zakresie, o którym mowa w pkt 4, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia Umowy;
 - 6) informowania Ubezpieczającego o zmianie Sumy ubezpieczenia;
 - 7) informowania osoby występującej z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązań Towarzystwa, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 8) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynach niemożności jego zaspokojenia, w przypadku gdy Towarzystwo nie wypłaci świadczenia w terminie określonym w § 23 ust. 4;
 - 9) informowania pisemnie osoby występującej z roszczeniem o przyczynie odmowy wypłaty świadczenia albo o przyczynie wypłaty świadczenia w innej wysokości niż określona w zgłoszeniu roszczenia wraz ze wskazaniem podstawy prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczeniem o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej;
 - 10) udostępniania Ubezpieczającemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacji i dokumentów, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa lub wysokości świadczenia;
 - 11) pisemnego potwierdzania, na żądanie Ubezpieczającego oraz osoby występującej z roszczeniem, udostępnionych im informacji, a także sporządzania na ich koszt kserokopii dokumentów i potwierdzania ich za zgodność z oryginałem;
 - 12) udzielania Ubezpieczającemu na jego wniosek informacji o postanowieniach zawartej Umowy oraz OWU w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczającego.
3. Towarzystwo przekazuje informacje, o których mowa w ust. 2 pkt 3-7 pisemnie albo jeżeli Ubezpieczający wyrazi na to zgodę, za pośrednictwem poczty elektronicznej lub Konta Klienta, o którym mowa w § 28 ust. 8.
4. Towarzystwo zamieszcza informacje o wartości Jednostki uczestnictwa na stronie internetowej Towarzystwa generali.pl.

Reklamacje

§ 27

1. Będący osobą fizyczną Ubezpieczający, Ubezpieczony, Uposażony lub Uprawniony z umowy ubezpieczenia do otrzymania świadczenia (zwany w tym paragrafie „Klient”) może składać w każdym czasie zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez Towarzystwo, w tym skargi i zażalenia (zwane dalej „Reklamacje”). Reklamacje mogą być składane również przez poszukującego ochrony ubezpieczeniowej lub zleceniodawcę gwarancji ubezpieczeniowej, jak również Ubezpieczających lub Ubezpieczonych, w tym będących osobami prawnymi lub spółkami nieposiadającymi osobowości prawnej.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście w siedzibie Towarzystwa, ul. Postępu 15B, 02-676 Warszawa lub jednostce obsługującej Klientów, albo przesyłane przesyłką pocztową;
 - 2) ustnie – telefonicznie pod numerem +48 913 913 913 albo osobiście do protokołu podczas wizyty Klienta w miejscu, o którym mowa w pkt 1 powyżej.
3. Reklamacja powinna zawierać dane Klienta umożliwiające jego identyfikację, numer polisy oraz zastrzeżenia zgłaszane przez Klienta.
4. Towarzystwo rozpatruje Reklamację niezwłocznie po jej otrzymaniu. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie 30 dni od chwili otrzymania Reklamacji, chyba że mają miejsce szczególnie skomplikowane okoliczności, uniemożliwiające rozpatrzenie Reklamacji i udzielenie odpowiedzi w tym terminie. W takim przypadku Towarzystwo poinformuje Klienta, który złożył Reklamację o przyczynach opóźnienia, okolicznościach, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy oraz określi przewidywany termin rozpatrzenia Reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania Reklamacji.
5. Odpowiedź na Reklamację jest udzielana w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika. Na wniosek Klienta odpowiedź na Reklamację może być dostarczona pocztą elektroniczną.
6. Spór między Klientem a Towarzystwem może być zakończony w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między Klientami a podmiotami rynku finansowego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, przed Rzecznikiem Finansowym (www.rf.gov.pl).
7. Skargi i zażalenia składane przez inne podmioty, niż wymienione w ust. 1 lub w innej formie, niż określona w ust. 2, dotyczące działania lub zaniechania Towarzystwa związanego z zawarciem lub wykonaniem umowy ubezpieczenia, powinny zawierać dane i informacje, o których mowa w ust. 3. Skargi i zażalenia, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, są rozpatrywane w terminie 30 dni od ich otrzymania przez Towarzystwo, najpóźniej w terminie 14 dni od wyjaśnienia okoliczności niezbędnych do ich załatwienia. Towarzystwo informuje zainteresowanego o sposobie załatwienia skargi lub zażalenia niezwłocznie po ich rozpatrzeniu, w sposób uzgodniony z tą osobą. Do skarg i zażaleń składanych zgodnie z niniejszym ustępem nie mają zastosowania postanowienia ust. 4 i 5.
8. Niezależnie od powyższego Klient może składać skargi i zażalenia na działalność Towarzystwa do uprawnionych organów, np. Komisji Nadzoru Finansowego, miejskiego lub powiatowego Rzecznika Konsumentów oraz innych organów zajmujących się ochroną Klientów podmiotów rynku finansowego.
9. Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) Nr 524/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie internetowego systemu rozstrzygania sporów konsumenckich oraz zmiany rozporządzenia (WE) nr 2006/2004 i dyrektywy 2009/22/WE (rozporządzenie w sprawie ODR w sporach konsumenckich), istnieje możliwość pozasądowego rozstrzygania sporów dotyczących zobowiązań umownych wynikających z internetowych umów sprzedaży lub umów o świadczenie usług zawieranych między konsumentami mieszkającymi w Unii Europejskiej a przedsiębiorcami mającymi siedzibę w Unii Europejskiej. Rozstrzyganie ww. sporów odbywa się za pośrednictwem platformy ODR

dostępnej pod następującym adresem: <https://webgate.ec.europa.eu/odr/main/?event=main.home.show&lng=PL>. Adres poczty elektronicznej Towarzystwa: centrumklienta@generali.pl.

10. Podmioty określone w ust. 1, mogą składać zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez brokerów ubezpieczeniowych, agentów ubezpieczeniowych i agentów oferujących ubezpieczenia uzupełniające, wykonujących czynności agencyjne na rzecz więcej niż jednego zakładu ubezpieczeń w zakresie tego samego działu ubezpieczeń (zgodnie z załącznikiem do ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej), w zakresie niezwiązanym z udzielaną ochroną ubezpieczeniową, w sposób ustalony przez te podmioty rynku finansowego.

Postanowienia końcowe

§ 28

1. Towarzystwo podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
2. Za zgodą stron Umowy mogą zostać wprowadzone do niej postanowienia dodatkowe lub odmienne od OWU.
3. Wprowadzenie do Umowy postanowień dodatkowych lub odmiennych od OWU wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia dotyczące Umowy powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że postanowienia OWU lub Umowy dopuszczają inną formę.
5. Wszelkie zawiadomienia i oświadczenia wysyłane są odpowiednio na adres siedziby, miejsca zamieszkania lub na adres do korespondencji. Strony Umowy są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu siedziby lub odpowiednio miejsca zamieszkania oraz o każdej zmianie adresu do korespondencji.
6. Przed realizacją dyspozycji składanych przez Ubezpieczającego Towarzystwo ma prawo żądać potwierdzenia jego tożsamości.
7. Towarzystwo odmówi realizacji dyspozycji, jeżeli wniosek lub dokument dyspozycji zostały wypełnione nieprawidłowo lub są niekompletne, o czym poinformuje osobę składającą dyspozycję.
8. Towarzystwo udostępnia Ubezpieczającemu Konto Klienta na stronie generali.pl. Warunkiem korzystania z Konta Klienta jest akceptacja Regulaminu świadczenia usług drogą elektroniczną, który dostępny jest m.in. na stronie generali.pl w trakcie procesu rejestracji oraz po zalogowaniu się do Konta Klienta. Regulamin udostępniony jest nieodpłatnie w formie umożliwiającej jego pozyskanie, odtwarzanie, utrwalanie i drukowanie.
9. Opodatkowanie świadczeń Towarzystwa w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 roku o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych - przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 roku o podatku dochodowym od osób prawnych. Kwoty otrzymane przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń majątkowych i osobowych są wolne od podatku dochodowego, z wyjątkiem dochodu z tytułu inwestowania składki ubezpieczeniowej w związku z umową ubezpieczenia w przypadku ubezpieczeń związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Kwoty otrzymane przez osoby prawne oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych z tytułu ubezpieczeń na życie stanowią ich przychód, brany pod uwagę przy obliczaniu dochodu podlegającego opodatkowaniu podatkiem dochodowym.
10. Powództwa o roszczenie z Umowy mogą zostać wytoczone albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego lub uprawnionego z Umowy lub spadkobiercy Ubezpieczającego.
11. Językiem obowiązującym w relacjach stron jest język polski.
12. Towarzystwo publikuje sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń na stronie generali.pl.
13. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawa polskiego.
14. Niniejsze OWU zostały przyjęte Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązują od 6 sierpnia 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU
TABELA OPŁAT I LIMITÓW
(KOD SPFBR_ TOIL_08.2020)

1. Tabela opłat

Lp.	Rodzaj opłaty	Aktualna wysokość
1)	Opłata operacyjna za Przeniesienie Jednostek uczestnictwa – opłata pobierana poprzez zmniejszenie liczby przenoszonych z Rachunku Jednostek uczestnictwa	
	– dokonane za pośrednictwem Konta Klienta ¹⁾	0 zł
	– dokonane poza Kontem Klienta	10,89 zł / każda zmiana
2)	Opłata operacyjna za przesłanie, na wniosek Ubezpieczającego, informacji dotyczącej ubezpieczenia w formie przesyłki listowej, rejestrowanej lub poleconej – opłata pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy	10,89 zł / każda przesyłka
3)	Opłata za zarządzanie Funduszami (% wartości całego Funduszu rocznie) – opłata uwzględniona w Cenie jednostki, niepobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku	
	Portfel Bezpiecznego Oszczędzania ²⁾	nie więcej niż 1,30%
	Portfel Stabilnego Oszczędzania ²⁾	nie więcej niż 1,90%
	Portfel Zrównoważonego Oszczędzania ²⁾	nie więcej niż 2,14%
	Portfel Cyklu Koniunkturalnego	2,45%
	Portfel Polski Akcyjny	1,90%
	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny	1,90%
	Portfel Zagraniczny Nieruchomości	1,90%
	Portfel Zagraniczny Surowcowy	1,90%
4)	Opłata za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową (% wartości Jednostek uczestnictwa rocznie) ³⁾ – pobierana poprzez umorzenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku	1,30%
5)	Opłata dystrybucyjna pobierana w przypadku całkowitego albo częściowego wykupu Wartości polisy przed upływem trzeciego Roku polisy	
	Rok polisy, w którym dokonywany jest całkowity albo częściowy wykup Wartości polisy	% Wartości polisy albo odpowiednio jej części w przypadku częściowego wykupu Wartości polisy
	1-3	1,00%
	4 i następne lata	0,00%
6)	Opłata za całkowity lub częściowy wykup Wartości dodatkowej	0 zł
7)	Opłata za ryzyko śmierci Ubezpieczonego w wyniku Nieszczęśliwego wypadku z Zakresu dodatkowego - pobierana poprzez odliczenie Jednostek uczestnictwa z Rachunku podstawowego proporcjonalnie do udziału każdego z Funduszy w Wartości polisy	4,99 zł (w skali miesiąca)
8)	Wysokość kosztów ochrony z tytułu umów z Zakresu podstawowego uwzględnionych w opłatach	4,70 zł

¹⁾ Ubezpieczający ma prawo do złożenia dyspozycji Przeniesienia jednostek uczestnictwa u pośrednika ubezpieczeniowego za pośrednictwem serwisu informacyjno-transakcyjnego udostępnionego mu przez Towarzystwo. Za realizację dyspozycji Towarzystwo nie pobiera opłaty.

²⁾ W przypadku Funduszy: Portfel Bezpiecznego Oszczędzania, Portfel Stabilnego Oszczędzania oraz Portfel Zrównoważonego Oszczędzania wysokość opłaty za zarządzanie Funduszami zależy od rodzaju instrumentów finansowych, w które lokowane są aktywa Funduszu i wynosi:

1) dla części aktywów zainwestowanych w lokaty inne niż akcje oraz jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych – 1,3% wartości tych aktywów brutto w skali roku;

2) dla części aktywów zainwestowanych w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych dłużnych, gotówkowych oraz rynku pieniężnego – 0,5% wartości tych aktywów brutto w skali roku;

3) dla części aktywów zainwestowanych w akcje – 2,5% wartości tych aktywów brutto w skali roku.

³⁾ Towarzystwo nie nalicza opłaty za prowadzenie Umowy i zarządzanie Umową za następujące Fundusze: Portfel Cyklu Koniunkturalnego, Portfel Polski Akcyjny, Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny, Portfel Zagraniczny Nieruchomości, Portfel Zagraniczny Surowcowy.

2. Tabela limitów

Lp.	Rodzaj limitu	Aktualna wysokość
1)	Minimalna wysokość Składki jednorazowej	5 000 zł
2)	Minimalna wysokość Składki dodatkowej	500 zł
3)	Minimalna kwota częściowego wykupu Wartości polisy lub Wartości dodatkowej	0zł
4)	Minimalna Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy ¹⁾	5 000 zł
5)	Minimalna Alokacja Składki w wybrany Fundusz	10%
6)	% Składki przeznaczonej na nabycie Jednostek uczestnictwa	100%

¹⁾ Towarzystwo określa minimalną Wartość polisy po dokonaniu częściowego wykupu Wartości polisy w celu zabezpieczenia środków Ubezpieczającego na poczet opłat pobieranych z tytułu Umowy i uniknięcia rozwiązania Umowy, o którym mowa w § 11 ust. 2 pkt 4.

Niniejsza Tabela została przyjęta Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 6 sierpnia 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU
WYKAZ FUNDUSZY
(KOD SPFBR_WUFK_08.2020)

1. Towarzystwo tworzy następujące Portfele modelowe:

Lp.	Nazwa Portfela modelowego
Fundusze niskiego ryzyka	
1)	Portfel Bezpiecznego Oszczędzania
2)	Portfel Stabilnego Oszczędzania
Fundusze średniego ryzyka	
3)	Portfel Cyklu Koniunkturalnego
4)	Portfel Polski Akcyjny
5)	Portfel Zrównoważonego Oszczędzania
Fundusze wysokiego ryzyka	
6)	Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny
7)	Portfel Zagraniczny Nieruchomości
8)	Portfel Zagraniczny Surowcowy

2. Towarzystwo tworzy następujące Fundusze zewnętrzne:

Lp.	Nazwa Funduszu	Nazwa funduszu inwestycyjnego, do którego lokowane są aktywa Funduszu
Fundusze niskiego ryzyka		
1)	UFK Generali – Generali Korona Obligacje	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Korona Obligacje
2)	UFK Generali – Generali Obligacje Aktywny	Generali Fundusze SFIO subfundusz Generali Obligacje Aktywny
3)	UFK Generali – IPOPEMA Obligacji	IPOPEMA SFIO Subfundusz IPOPEMA Obligacji kat. B
Fundusze średniego ryzyka		
4)	UFK Generali – Generali Korona Zrównoważony	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Korona Zrównoważony
5)	UFK Generali – Generali Obligacje: Nowa Europa	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Obligacje: Nowa Europa
6)	UFK Generali – Investor Zabezpieczenia Emerytalnego	Investor Parasol FIO Subfundusz Investor Zabezpieczenia Emerytalnego
Fundusze wysokiego ryzyka		
7)	UFK Generali – Generali Akcje Małych i Średnich Spółek	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Akcje Małych i Średnich Spółek
8)	UFK Generali – Generali Akcji Amerykańskich	Generali Fundusze SFIO subfundusz Generali Akcji Amerykańskich
9)	UFK Generali – Generali Akcji Europejskich	Generali Fundusze SFIO subfundusz Generali Akcji Europejskich
10)	UFK Generali – Generali Korona Akcji	Generali Fundusze FIO subfundusz Generali Korona Akcje
11)	UFK Generali – Investor Gold Otwarty	Investor Parasol SFIO Subfundusz Investor Gold Otwarty
12)	UFK Generali – Investor Zrównoważony	Investor Parasol FIO Subfundusz Investor Zrównoważony
13)	UFK Generali – IPOPEMA Akcji	IPOPEMA SFIO Subfundusz IPOPEMA Akcji kat. B
14)	UFK Generali – IPOPEMA m-INDEKS	IPOPEMA m-INDEKS FIO kat. A

3. Poziom ryzyka Funduszy wyznaczony został na podstawie wskaźnika ryzyka określanego zgodnie z metodyką opisaną w Rozporządzeniu Delegowanym Komisji (UE) 2017/653 z dnia 8 marca 2017 r. uzupełniającym Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1286/2014 w sprawie dokumentów zawierających kluczowe informacje, dotyczących detalicznych produktów zbiorowego inwestowania i ubezpieczeniowych produktów inwestycyjnych (PRIIP) przez ustanowienie regulacyjnych standardów technicznych w zakresie prezentacji, treści, przeglądu i zmiany dokumentów zawierających kluczowe informacje oraz warunków spełnienia wymogu przekazania takich dokumentów. Szczegółowe informacje na temat ryzyka każdego z Funduszy dostępne są w dokumencie zawierającym kluczowe informacje, doręczanym przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz udostępnianym przez Towarzystwo na stronie generali.pl.
4. Niniejszy Wykaz został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 6 sierpnia 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU

REGULAMIN LOKOWANIA ŚRODKÓW UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

(KOD SPFBR_RL_08.2020)

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejszy Regulamin lokowania określa zasady i terminy wyceny Jednostki uczestnictwa i likwidacji Funduszu oraz zawiera charakterystykę aktywów Funduszu i opłat za Fundusze.
2. Terminy, które zostały zdefiniowane w OWU, używane są w Regulaminie lokowania w takim samym znaczeniu.

Charakterystyka aktywów wchodzących w skład Funduszy

§ 2

1. Aktywa Funduszy mogą być inwestowane w następujące instrumenty finansowe:
 - 1) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska;
 - 2) obligacje emitowane lub poręczone przez jednostki samorządu terytorialnego lub związki jednostek samorządu terytorialnego;
 - 3) inne dłużne papiery wartościowe;
 - 4) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych na rynku regulowanym, a także akcje spółek będące przedmiotem oferty publicznej, jeśli warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu na rynku regulowanym;
 - 5) akcje, prawo do akcji, warranty subskrypcyjne, prawa poboru spółek notowanych w alternatywnym systemie obrotu oraz akcje spółek nienotowanych;
 - 6) Jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne lub tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą;
 - 7) tytuły uczestnictwa w otwartych funduszach inwestycyjnych notowanych na rynkach regulowanych – ETF (ang. Exchange Traded Funds);
 - 8) instrumenty rynku pieniężnego i inne prawa majątkowe inkorporujące wierzytelności pieniężne;
 - 9) listy zastawne;
 - 10) depozyty bankowe;
 - 11) instrumenty pochodne, takie jak opcje, kontrakty terminowe, transakcje wymiany.
2. Aktywa Funduszy zewnętrznych mogą być lokowane w jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych.

Kryteria doboru aktywów

§ 3

1. Proporcje między różnymi kategoriami aktywów Funduszy są uzależnione od rodzaju funduszu oraz jego celu inwestycyjnego.
2. Przy ocenie bieżącej i prognozowanej sytuacji na rynku akcji służącej podjęciu decyzji o alokacji środków oraz doborze akcji do Funduszy uwzględniane są między innymi: analiza sprawozdań finansowych spółek oraz ich prognozy finansowe, ocena kadry zarządzającej, ocena pozycji rynkowej i perspektyw rozwoju spółek, poziom cen oraz ryzyko płynności poszczególnych akcji.
3. Przy doborze instrumentów dłużnych do Funduszy uwzględniane są między innymi: bieżący i prognozowany poziom stóp procentowych, aktualna i prognozowana krzywa dochodowości, bieżący i oczekiwany poziom inflacji, kryterium płynności instrumentów dłużnych, wiarygodność kredytowa emitenta.
4. Przy doborze funduszy inwestycyjnych do Funduszy oraz ustalaniu wielkości zaangażowania w poszczególne fundusze inwestycyjne uwzględniane są między innymi: ocena aktualnej sytuacji rynkowej i jej perspektyw, strategia inwestycyjna danego funduszu inwestycyjnego i sposób jej realizacji, osiągnięte przez fundusze inwestycyjne wyniki inwestycyjne, kwalifikacje i doświadczenie zarządzających poszczególnymi funduszami.
5. Portfel Polski Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te polskie fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają – na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
6. Portfel Cyklu Koniunkturalnego alokuje środki na podstawie scenariusza makroekonomicznego opartego na metodologii cyklu koniunkturalnego. W zależności od prognozowanej fazy cyklu koniunkturalnego alokacja środków odbywa się w te fundusze inwestycyjne, które w danej fazie osiągają – na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
7. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny oferuje możliwości potencjalnie wysokich stóp zwrotu dostępnych na zagranicznych rynkach akcji. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te zagraniczne fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają – na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
8. Portfel Zagraniczny Nieruchomości alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w sektor nieruchomości. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają – na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
9. Portfel Zagraniczny Surowcowy alokuje środki pomiędzy zagraniczne fundusze inwestycyjne inwestujące w surowce i spółki związane z rynkiem surowcowym. Alokacja środków ma na celu dywersyfikację lokat pomiędzy te fundusze inwestycyjne, które w długim terminie osiągają – na tle funduszy o podobnej polityce inwestycyjnej i benchmarków dobre, stabilne oraz powtarzalne wyniki inwestycyjne.
10. Celem inwestycyjnym Portfela Zrównoważonego Oszczędzania jest długoterminowy wzrost wartości lokowanych środków przy umiarkowanym poziomie ryzyka inwestycyjnego. Poprzez lokowanie znacznej części środków w akcje oraz fundusze inwestycyjne z komponentem akcyjnym, Fundusz ten pozwala na osiągnięcie w długim terminie wyższych stóp zwrotu niż rentowności oferowane przez instrumenty bezpieczne.

11. Celem inwestycyjnym Portfela Stabilnego Oszczędzania jest generowanie stabilnego i długoterminowego wzrostu wartości lokowanych środków przy ograniczonym poziomie ryzyka inwestycyjnego. Poprzez lokowanie części środków w akcje oraz fundusze inwestycyjne z komponentem akcyjnym, Fundusz ten pozwala na osiągnięcie umiarkowanie wyższych stóp zwrotu niż rentowności oferowane przez instrumenty bezpieczne.
12. Celem inwestycyjnym Portfela Bezpiecznego Oszczędzania jest ochrona realnej wartości lokowanych środków poprzez inwestycje między innymi w bony i obligacje skarbowe, obligacje korporacyjne oraz w instrumenty rynku pieniężnego, a także w fundusze inwestycyjne i certyfikaty inwestycyjne funduszy, których strategia inwestycyjna zakłada inwestowanie przede wszystkim w powyższe instrumenty. Fundusz charakteryzuje się relatywnie małym poziomem ryzyka.

Zasady dywersyfikacji aktywów i ograniczenia inwestycyjne

§ 4

1. Portfel Polski Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 4, 5, 6 i 7 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6, dokonywane są przede wszystkim w Jednostki uczestnictwa lub certyfikaty inwestycyjne w polskich akcyjnych funduszach inwestycyjnych, tzn. takich, których minimalne zaangażowanie w akcje jest nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
2. Portfel Zagraniczny „Cztery strony świata” Akcyjny:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada minimalne zaangażowanie w akcje nie niższe niż 60% wartości aktywów funduszu.
3. Portfel Zagraniczny Nieruchomości:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w nieruchomości bądź spółki związane z rynkiem nieruchomości.
4. Portfel Zagraniczny Surowcowy:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 6 stanowi co najmniej 90% wartości aktywów Funduszu;
 - 3) lokaty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6, dokonywane są jedynie w tytuły uczestnictwa emitowane przez fundusze zagraniczne oraz tytuły uczestnictwa emitowane przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą, których polityka inwestycyjna zakłada inwestowanie w surowce bądź spółki związane z sektorem surowcowym.
5. Portfel Cyklu Koniunkturalnego:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) Fundusz, osiągając cel inwestycyjny, alokuje do 100% wartości aktywów Funduszu w instrumenty finansowe z najlepszym potencjałem wzrostu w poszczególnych fazach cyklu koniunkturalnego;
 - 3) Fundusz charakteryzuje się brakiem sztywnych zasad dywersyfikacji kategorii lokat oraz brakiem określenia minimalnego zaangażowania w poszczególne kategorie lokat.
6. Portfel Zrównoważonego Oszczędzania:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 4 i 5 oraz funduszy inwestycyjnych z komponentem akcyjnym, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6 i 7, może stanowić od 30% do 70% wartości aktywów Funduszu;
7. Portfel Stabilnego Oszczędzania:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1;
 - 2) suma wartości lokat wymienionych w § 2 ust. 1 pkt 4 i 5 oraz funduszy inwestycyjnych z komponentem akcyjnym, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6 i 7, może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów Funduszu;
8. Portfel Bezpiecznego Oszczędzania:
 - 1) aktywa Funduszu mogą być lokowane w instrumenty finansowe, o których mowa w § 2 ust. 1, z wyłączeniem pkt 4 i 5;
 - 2) lokaty, o których mowa w § 2 ust. 1 pkt 6 i 7, dokonywane są przede wszystkim w fundusze dłużne oraz pieniężne.
9. Fundusze zewnętrzne:
 - 1) aktywa Funduszy zewnętrznych lokowane są wyłącznie w Jednostki uczestnictwa odpowiedniego funduszu inwestycyjnego zgodnie z załącznikiem nr 2 do OWU;
 - 2) szczegółowe zasady lokowania środków Funduszy zewnętrznych są zawarte w obowiązujących prospektach informacyjnych funduszy inwestycyjnych, w które są lokowane środki Funduszy zewnętrznych.

Zasady i terminy wyceny jednostek Funduszu

§ 5

1. Towarzystwo wyodrębnia aktywa w formie Funduszy. Fundusz jest podzielony na Jednostki uczestnictwa. Jednostki uczestnictwa dają Ubezpieczającemu udział w aktywach Funduszu bez prawa dysponowania poszczególnymi składnikami tych aktywów. Prawo do własności aktywów przysługuje wyłącznie Towarzystwu. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do podzielenia lub połączenia Jednostek uczestnictwa.
2. Wartość aktywów i zobowiązań Funduszu oraz wartość Jednostki uczestnictwa ustala się na każdy Dzień wyceny.
3. Aktywa i zobowiązania Funduszu wyceniane są w wartości godziwej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości i aktów wykonawczych do przywołanej ustawy.
4. Do wyceny składników aktywów Funduszu na dany Dzień wyceny przyjmuje się ceny tych składników z Dnia wyceny. W przypadku gdy do godziny 12.00 w następnym Dniu roboczym po Dniu wyceny cena danego składnika aktywów Funduszu z Dnia wyceny nie jest podana do publicznej wiadomości, do wyceny tego składnika aktywów przyjmuje się jego ostatnią podaną do publicznej wiadomości cenę.

5. Wartość Jednostki uczestnictwa ustala się z dokładnością do czterech miejsc po przecinku, dzieląc wartość aktywów netto Funduszu przez zarejestrowaną w księgach na Dzień wyceny liczbę Jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 6 i 7.
6. Wartość Jednostki uczestnictwa Funduszu zewnętrznego wyrażonego w walucie polskiej na dany Dzień wyceny jest równa ostatniej wartości jednostki funduszu inwestycyjnego, w którym inwestowane są aktywa Funduszu zewnętrznego, podanej do publicznej wiadomości do godziny 12.00 w następnym dniu roboczym po Dniu wyceny.
7. Wartość Jednostki uczestnictwa Funduszu zewnętrznego wyrażonego w walucie obcej na dany Dzień wyceny jest równa ostatniej wartości jednostki funduszu inwestycyjnego, w którym inwestowane są aktywa Funduszu zewnętrznego, podanej do publicznej wiadomości do godziny 12.00 w następnym dniu roboczym po Dniu wyceny, przeliczonej na walutę polską według średniego kursu danej waluty na Dzień wyceny ogłoszonego przez Narodowy Bank Polski.
8. Wartość aktywów netto Funduszu na dany Dzień wyceny ustala się, pomniejszając wartość aktywów Funduszu o jego zobowiązania (w tym rezerwy na wynagrodzenie Towarzystwa oraz rezerwy na koszty i opłaty związane z aktywami Funduszu).
9. Z aktywów Funduszu innego niż Fundusz zewnętrzny pokrywane jest wynagrodzenie dla Towarzystwa z tytułu opłaty za zarządzanie Funduszami pobieranej z aktywów Funduszu oraz następujące koszty i opłaty:
 - 1) koszty z tytułu usług pośrednictwa związanego z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z pośrednikiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat pośrednika;
 - 2) koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz instytucji rozliczeniowych, z pośrednictwa których Fundusz jest obowiązany korzystać – zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat instytucji rozliczeniowych oraz koszty opłat transakcyjnych związanych z nabywaniem i zbywaniem składników aktywów Funduszu ponoszone na rzecz banku depozytariusza – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 3) koszty prowizji bankowych związanych z przekazywaniem środków pieniężnych i obsługą rachunków bankowych w związku z zarządzaniem aktywami Funduszu – w wysokości określonej w umowie z bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 4) koszty i opłaty związane z przechowywaniem oraz weryfikacją wyceny aktywów Funduszu: koszty na rzecz instytucji rozliczeniowych za przechowywanie aktywów – w wysokości określonej w obowiązującej tabeli prowizji i opłat oraz koszty na rzecz banku depozytariusza za przechowywanie i weryfikację aktywów Funduszu – w wysokości określonej w umowie z tym bankiem lub zgodnie z obowiązującą tabelą prowizji i opłat banku;
 - 5) podatki i inne obciążenia nałożone przez właściwe organy państwowe związane z aktywami Funduszu – w wysokości obowiązujących stawek podatkowych.
10. Opłata za zarządzanie Funduszami pobierana przez Towarzystwo z aktywów Funduszu naliczana jest za każdy dzień kalendarzowy według stawki określonej w Tabeli. Rezerwa na tę opłatę tworzona jest w każdym Dniu wyceny jako iloczyn rocznej stawki określonej w Tabeli, wartości aktywów Funduszu z Dnia wyceny oraz ilorazu liczby dni kalendarzowych od poprzedniego Dnia wyceny i liczby dni kalendarzowych w roku (przyjętych jako 365). Opłata jest naliczana w całym okresie obowiązywania Umowy.

Likwidacja i utworzenie nowego Funduszu

§ 6

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozpoczęcia sprzedaży Jednostek uczestnictwa nowych Funduszy, zaprzestania sprzedaży oraz likwidacji Jednostek uczestnictwa dotychczas oferowanych Funduszy.
2. O likwidacji Funduszu Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego, który posiada środki w likwidowanym Funduszu, w terminie co najmniej trzech miesięcy poprzedzających datę likwidacji Funduszu, z zastrzeżeniem ust. 8.
3. Ubezpieczający przed datą likwidacji Funduszu powinien złożyć oświadczenie zawierające dyspozycję Przeniesienia Jednostek uczestnictwa z likwidowanego Funduszu lub dyspozycję zmiany Alokacji Składki dodatkowej (stałe oświadczenie o podziale pomiędzy Fundusze).
4. Jeżeli Ubezpieczający złożył dyspozycję, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty otrzymania oświadczenia Ubezpieczającego w tym zakresie dokona Przeniesienia Jednostek uczestnictwa, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu wybranego przez Ubezpieczającego lub odpowiednio dokona zmiany stałego oświadczenia o podziale Składki dodatkowej pomiędzy Fundusze.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie złożył w Towarzystwie dyspozycji, o których mowa w ust. 3, Towarzystwo dokona Przeniesienia Jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu nie później niż w terminie 8 Dni roboczych od daty likwidacji Funduszu, poprzez sprzedaż Jednostek uczestnictwa Funduszu likwidowanego z zastosowaniem Ceny jednostki obowiązującej w dniu likwidacji Funduszu i nabycie Jednostek uczestnictwa Funduszu Portfel Bezpiecznego Oszczędzania lub odpowiednio dokona zmiany stałego oświadczenia o podziale Składki dodatkowej pomiędzy Fundusze.
6. W przypadku likwidacji Funduszu Portfel Bezpiecznego Oszczędzania, Towarzystwo dokona zmian, o których mowa w ust. 5, z uwzględnieniem Funduszu o strategii inwestycyjnej najbardziej zbliżonej do Funduszu Portfel Bezpiecznego Oszczędzania. Zasada opisana w zdaniu poprzedzającym będzie stosowana analogicznie w przypadku likwidacji Funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej.
7. W związku z likwidacją Funduszu Towarzystwo nie pobiera opłaty operacyjnej za Przeniesienie Jednostek uczestnictwa.
8. Ubezpieczający, który nie posiada środków w likwidowanym Funduszu, a złoży wniosek o Przeniesienie Jednostek uczestnictwa do likwidowanego Funduszu lub zmianę Alokacji Składki dodatkowej uwzględniającą likwidowany Fundusz, jest informowany o likwidacji Funduszu niezwłocznie po złożeniu dyspozycji do Towarzystwa.
9. Z przyczyn niezależnych od Towarzystwa Fundusz zewnętrzny może zawiesić odkupywanie i zbywanie Jednostek uczestnictwa zgodnie z ustawą z dnia 27 maja 2004 r. o funduszach inwestycyjnych. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za skutki opisanej w zdaniu pierwszym decyzji Funduszu zewnętrznego.
10. W przypadku, gdy odpowiednio:
 - 1) Towarzystwo rozpoczyna sprzedaż Jednostek uczestnictwa nowego Funduszu albo
 - 2) zmienia się nazwa oferowanego Funduszu bez zmiany jego strategii inwestycyjnej, Towarzystwo udostępni zmieniony wykaz, o którym mowa w § 1 ust. 4 OWU, na stronie generali.pl.
11. W przypadku, gdy zmiana dotyczy odpowiednio:
 - 1) nazwy wraz ze zmianą strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu albo
 - 2) strategii inwestycyjnej oferowanego Funduszu,
 Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o zmianach określonych w pkt 1 lub 2.

Ryzyko inwestycyjne

§ 7

1. Celem inwestycyjnym Towarzystwa jest długookresowy wzrost wartości aktywów Funduszy w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszy.
2. Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe wiążą się z ryzykami inwestycyjnymi, gdyż:
 - 1) nie gwarantują osiągnięcia założonego celu inwestycyjnego ani określonego wyniku inwestycyjnego;
 - 2) nie gwarantują ochrony wpłaconego kapitału;
 - 3) mogą wiązać się z ryzykiem utraty części wpłaconych środków.Ubezpieczający powinien mieć świadomość ryzyka związanego z inwestycją w Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.

Postanowienia końcowe

§ 8

Niniejszy Regulamin lokowania został przyjęty Uchwałą Zarządu Towarzystwa i obowiązuje od 6 sierpnia 2020 roku.

Arkadiusz Wiśniewski



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.

Rajmund Rusiecki



Członek Zarządu
Generali Życie T.U. S.A.
