

Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie PROGRAM INWESTYCYJNY IN PLUS BZ WBK

OWU/InPlus/1/2015

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia zostały przyjęte uchwałą Zarządu BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna z dnia 16 września 2015 roku i weszły w życie w dniu 11 października 2015 roku.

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką jednorazową Program Inwestycyjny In Plus BZ WBK, zawieranych przez BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna.
2. Na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna udziela ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczonym w przypadku śmierci ubezpieczonego, w zakresie określonym umową ubezpieczenia.

§ 2. DEFINICJE

Ilekrót w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia, wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na ich podstawie, dokumencie potwierdzającym zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych oświadczeniach składanych w związku z zawarciem tej umowy lub w jej wykonaniu używa się wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć w odpowiednim przypadku i liczbie:

1. **alokacja składki** – przeliczanie na jednostki ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego wpłaconej składki ubezpieczeniowej;
2. **BZWBK24** – usługa bankowości elektronicznej BZWBK24 Internet (z wyłączeniem BZWBK24 mobile), poprzez którą można dokonywać czynności związanych z umową ubezpieczenia - zgodnie z zawartą z Bankiem Zachodnim WBK S.A. umową usług bankowości elektronicznej BZWBK24;
3. **dokument ubezpieczenia** – dokument określający najważniejsze postanowienia umowy ubezpieczenia, którym ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia; może to być polisa ubezpieczeniowa lub inny dokument;
4. **dzień miesięczny** – dzień odpowiadający w danym miesiącu kalendarzowym dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia odpowiadającego dacie zawarcia umowy ubezpieczenia – ostatni dzień tego miesiąca kalendarzowego; dniem miesięczny nie jest dzień zawarcia umowy ubezpieczenia;
5. **dzień roboczy** – każdy dzień tygodnia z wyjątkiem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
6. **dzień wyceny** – każdy dzień od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, w którym odbywa się sesja na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A. Dzień wyceny jest dniem, na który ustalana jest przez ubezpieczyciela wartość jednostki funduszu, z zastrzeżeniem, że Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych może określać inne terminy, na które wyceniane są jednostki poszczególnych funduszy;
7. **dzień zapłaty składki** – dzień, w którym środki finansowe z tytułu zapłaty składki zostaną zaksięgowane na rachunku bankowym ubezpieczyciela;
8. **In Plus BZ WBK, In Plus** lub **Program Inwestycyjny** – skrócona nazwa niniejszego ubezpieczenia, wykorzystywana też w dokumentach związanych z ubezpieczeniem;
9. **jednostki funduszu** – jednakowej wartości udziały, na które podzielone są aktywa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego; wartość jednostki funduszu w dniu wyceny ustalana jest na podstawie podzielenia wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego przez liczbę wszystkich jednostek tego funduszu w dniu wyceny;
10. **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie ubezpieczyciela do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
11. **Ogólne Warunki Ubezpieczenia** lub **OWU** – ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką jednorazową Program Inwestycyjny In Plus BZ WBK;
12. **rachunek jednostek** – wydzielony dla umowy ubezpieczenia rejestr jednostek funduszy, na którym jednostki funduszy są zarchowywane i odliczane w sposób określony w OWU;
13. **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** lub **Regulamin** – dokument zawierający w szczególności cele i zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w tym zasady lokowania środków tych funduszy, mający zastosowanie do danej umowy ubezpieczenia;

14. **rejestracja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia** – przyjęcie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela poprzez jego rejestrację;
- 14a. **reklamacja** – wystąpienie (w tym skarga i zażalenie) skierowane do ubezpieczyciela przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, w którym zgłaszane są zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez ubezpieczyciela;
15. **rocznica ubezpieczenia** – każda rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym roku nie ma takiego dnia – ostatni dzień odpowiedniego miesiąca;
16. **rok ubezpieczenia** lub **lata ubezpieczenia** – bezpośrednio po sobie następujące okresy rozpoczynające się odpowiednio w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia oraz w przypadające w następnych latach kalendarzowych dni oznaczone tą samą datą dzienną; jeżeli datą zawarcia umowy ubezpieczenia jest dzień 29 lutego, drugi rok i kolejne lata ubezpieczenia rozpoczynają się ostatniego dnia lutego;
17. **Tabela Opłat i Limitów** – dokument zawierający w szczególności parametry dotyczące wysokości opłat i prowizji, limity oraz wskaźniki, stosowane w danej umowie ubezpieczenia;
18. **transfer środków** – operacja, o której mowa w § 9 OWU;
- 18a. **trwały nośnik informacji** – nośnik umożliwiający użytkownikowi przechowywanie adresowanych do niego informacji w sposób umożliwiający dostęp do nich przez okres odpowiedni do celów sporządzenia tych informacji i pozwalający na odtwarzanie przechowywanych informacji w niezmienionej postaci;
19. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która zawiera z ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia;
20. **ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe** lub **fundusze UFK** – wyodrębnione części aktywów ubezpieczyciela gromadzone i inwestowane z przeznaczeniem na określone wypłaty przewidziane w umowach ubezpieczenia;
21. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
22. **ubezpieczyciel** – BZ WBK-Aviva Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Spółka Akcyjna;
23. **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ze składką jednorazową zawarta na podstawie OWU;
24. **uposażony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub inna jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego;
25. **wartość aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego** – całkowita wartość aktywów funduszu pomniejszona o jego zobowiązania;
26. **wartość jednostki funduszu** – wartość, zgodnie z którą jednostki funduszu są zarachowywane na rachunku jednostek i odliczane z tego rachunku; wartość jednostki funduszu jest ustalana zgodnie z zasadami i w terminach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
27. **wartość rachunku jednostek** – wartość wszystkich jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek;
28. **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – złożona ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego oferta zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;
29. **zdarzenie ubezpieczeniowe** – śmierć ubezpieczonego.

■ § 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie złożonego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia wyłącznie na własny rachunek, tj. gdy w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia jest on jednocześnie ubezpieczonym, jak również tylko w przypadku gdy w dniu złożenia oferty ma on ukończone 18 lat.
3. Wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia składany jest w formie pisemnej albo w formie elektronicznej za pośrednictwem BZWBK24, z zastrzeżeniem § 27 ust. 7. W celu złożenia wniosku w formie pisemnej lub elektronicznej ubezpieczyciel udostępnia formularz.
4. Ubezpieczyciel, przyjmując wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia, dokonuje jego rejestracji po uprzednim stwierdzeniu, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełniony został w sposób poprawny i – z zastrzeżeniem wyjątków w nim przewidzianych – zupełny.
5. W terminie 10 (dziesięciu) dni wyceny od dnia rejestracji wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do zapłaty składki ubezpieczeniowej w wysokości wskazanej w tym wniosku, z zastrzeżeniem, że dniem zapłaty składki jest dzień określony w § 2 pkt 7.
6. W razie przyjęcia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela, umowę uważa się za zawartą w pierwszym dniu, w którym łącznie zaistnieją zdarzenia wskazane w ust. 4 i 5.
7. W razie zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest niezwłocznie potwierdzić jej zawarcie, m.in. poprzez dokument ubezpieczenia.

8. Do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający może cofnąć złożony ubezpieczycielowi wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia. Brak zapłaty przez ubezpieczającego składki w terminie wskazanym w ust. 5 uważa się za cofnięcie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

■ ■ § 4. PRZEDMIOT, ZAKRES I OKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć ubezpieczonego.
3. Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu od dnia następnego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego bądź rozwiązania umowy ubezpieczenia.

■ ■ § 5. UBEZPIECZENIE RYZYKA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

1. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu ubezpieczyciela do wypłaty, w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej, świadczenia ubezpieczeniowego w wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.
2. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego jest równa większej z dwóch wartości, którymi są:
 - 1) wartość rachunku jednostek na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, powiększona o 1% (jeden procent) tej wartości, nie więcej jednakże niż o 2000 złotych;
 - 2) suma składki jednorazowej i składek dodatkowych zapłaconych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, pomniejszona o kwotę częściowych wypłat wartości rachunku jednostek zleconych do dnia śmierci ubezpieczającego.
3. Wartość rachunku jednostek, o której mowa w ust. 2 pkt 1), korygowana jest o zmiany wynikające z dyspozycji złożonych do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a nie rozliczonych do tego dnia w ten sposób, że:
 - 1) liczbę jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek pomniejsza się o liczbę jednostek funduszy odliczonych po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie zrealizowanych dyspozycji wypłat wartości rachunku jednostek złożonych do tego dnia;
 - 2) liczbę jednostek funduszy zgromadzonych na rachunku jednostek powiększa się o liczbę jednostek funduszy zarachowanych po dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie składek zapłaconych do tego dnia;
 - 3) w przypadku dyspozycji transferu środków złożonych do dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, a niezrealizowanych do tego dnia, uwzględnia się dokonane na podstawie tych dyspozycji transferu przeliczenia jednostek funduszy.
4. Uprawnieni do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego powinni niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o śmierci ubezpieczonego.

■ ■ § 6. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ograniczone wyłącznie do wartości rachunku jednostek na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, o której mowa w § 5 ust. 2 pkt 1) i § 5 ust. 3, w przypadku gdy śmierć ubezpieczonego nastąpi:

- 1) w wyniku samobójstwa ubezpieczonego mającego miejsce przed upływem 12 (dwunastu) miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 2) jako bezpośredni lub pośredni rezultat działań wojennych, terrorystycznych lub zbrojnych bądź zamieszek;
- 3) jako bezpośredni lub pośredni rezultat dobrowolnego i świadomego uczestnictwa ubezpieczonego w aktach przemocy innych niż wskazane w pkt 2), chyba że udział ubezpieczonego w tych aktach był wynikiem wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej.

■ ■ § 7. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić składkę ubezpieczeniową w wysokości zadeklarowanej i wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia (składka jednorazowa) w terminie 10 (dziesięciu) dni wyceny od dnia rejestracji tego wniosku, z zastrzeżeniem, że dniem zapłaty składki jest dzień określony w § 2 pkt 7.
2. Ubezpieczający może w dowolnym czasie, począwszy od dnia rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, wpłacać dodatkową składkę ubezpieczeniową (składka dodatkowa).

3. Wysokość składki jednorazowej i składki dodatkowej nie może być niższa od ustalonej przez ubezpieczyciela, odpowiednio, minimalnej składki jednorazowej i minimalnej składki dodatkowej, obowiązujących w dniu zapłaty składki. Minimalna wysokość składki jednorazowej i dodatkowej wskazana jest w Tabeli Opłat i Limitów.
4. Składka jednorazowa i dodatkowa wpłacana jest na wskazany przez ubezpieczyciela rachunek bankowy.
5. Składka jednorazowa podlega zwrotowi w razie odmowy przyjęcia przez ubezpieczyciela wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia bądź w przypadku gdy ubezpieczający skutecznie cofnie wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia. Składka ubezpieczeniowa jest zwracana w wysokości nominalnej w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia zaistnienia zdarzenia uzasadniającego jej zwrot.

■ § 8. RACHUNEK JEDNOSTEK I ALOKACJA SKŁADKI

1. Z dniem rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej ubezpieczyciel otwiera ubezpieczającemu rachunek jednostek.
2. Składka jednorazowa oraz składki dodatkowe są alokowane na rachunku jednostek w 100% (stu procentach), najpóźniej 5 (piątego) dnia wyceny od dnia ich zapłacenia, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, według wartości najpóźniej z 3 (trzeciego) dnia wyceny po dniu zapłaty składki, nie wcześniej jednak niż w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że zasady alokowania na rachunku jednostek, jednostek funduszy, których wycena nie jest dokonywana w każdym dniu (od poniedziałku do piątku) sesji na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., określone są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
3. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest dokonać wyboru jednego lub więcej ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, w których jednostki alokowana będzie składka jednorazowa oraz składka dodatkowa.
4. Ubezpieczający w każdym czasie może dokonywać zmiany alokacji składki dodatkowej, składając ubezpieczycielowi stosowne oświadczenie. Zmiana alokacji składki dodatkowej jest skuteczna w odniesieniu do składek zaksięgowanych na rachunku bankowym ubezpieczyciela począwszy od dnia dokonania zmiany.
5. Dyspozycje ubezpieczającego, o których mowa w ust. 3 oraz ust. 4, określają procentowy udział poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w alokowanej składce jednorazowej i dodatkowej. Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez ubezpieczyciela dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili sporządzania wniosku ubezpieczeniowego bądź dokonania zmiany alokacji składki dodatkowej. W razie dokonywania podziału składki pomiędzy różne ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, udział w składce żadnego z nich nie może być niższy niż 10% (dziesięć procent), a ubezpieczający zobowiązany jest podać udział każdego z funduszy z dokładnością do 1% (jednego procenta).
6. Jeżeli suma procentowych udziałów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wybranych przez ubezpieczającego nie jest równa 100% (sto procent), dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o takiej błędnej dyspozycji w terminie 14 dni od dnia jej złożenia.
7. Tabela Opłat i Limitów może określać liczbę zmian alokacji składki dodatkowej w danym okresie, za które nie jest pobierana opłata, przy czym zakres tego zwolnienia może być zróżnicowany w zależności od sposobu składania dyspozycji zmiany alokacji składki dodatkowej, w szczególności jej formy lub podmiotu, u którego jest ona składana. Każda zmiana alokacji składki dodatkowej nieobjęta zwolnieniem, o którym mowa powyżej, podlega opłacie w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów.
8. Raz w każdym roku ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania ubezpieczającemu szczegółowych informacji o wartości rachunku jednostek. Przygotowanie oraz przekazanie ubezpieczającemu takiej informacji nastąpi bez opłaty.

■ § 9. ZMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający w każdym czasie może wnioskować o przeliczenie jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu (transfer środków).
2. Ubezpieczający, zmieniając fundusze, dokonuje wyboru pomiędzy funduszami prowadzonymi i udostępnionymi przez ubezpieczyciela dla umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie OWU w chwili złożenia przez ubezpieczającego wniosku o transfer środków.
3. Transfer środków może być zlecony w całości lub części. Ubezpieczający, wnioskując o dokonanie transferu, zobowiązany jest:
 - 1) wskazać jeden lub więcej ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z którego środki mają zostać przeliczone;
 - 2) określić kwotę dla każdego ze wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z którego środki częściowo mają zostać przeliczone lub określić fundusz bądź fundusze, z których środki w całości podlegają przeliczeniu;
 - 3) wskazać jeden lub więcej docelowych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki środki mają zostać przeliczone;
 - 4) określić procentowy podział środków pomiędzy wskazane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, na które mają zostać przeliczone transferowane środki, z zastrzeżeniem, iż udział każdego docelowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie może być niższy niż 10% (dziesięć procent), a ubezpieczający zobowiązany jest podać udział każdego z tych funduszy z dokładnością do 1% (jednego procenta), a całość ma stanowić 100% (sto procent).

4. Transfer środków polega na:
 - 1) odliczeniu z rachunku jednostek, jednostek funduszu bądź funduszy, których łączna wartość stanowi kwotę, o której mowa powyżej, według wartości tych jednostek najpóźniej z 2 (drugiego) dnia wyceny od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o dokonanie transferu środków;
a następnie:
 - 2) zarachowaniu na rachunek jednostek, jednostek funduszu bądź funduszy w liczbie odpowiadającej procentowemu podziałowi środków, o którym mowa w ust. 3 pkt 4), według wartości tych jednostek najpóźniej z 4 (czwartego) dnia wyceny od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku o dokonanie transferu środków.
5. Transfer środków jest dokonywany najpóźniej 6 (szóstego) dnia wyceny od dnia złożenia wniosku o dokonanie transferu środków przez ubezpieczającego.
6. Zasady dokonywania transferu, w tym terminy odliczania i zarachowywania na rachunek jednostek oraz ustalania wartości jednostek funduszy podlegających odliczeniu lub zarachowaniu na rachunek jednostek w przypadku jednostek funduszy, których wycena nie jest dokonywana w każdym dniu (od poniedziałku do piątku) sesji na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., określone są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
7. Ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do dokonania transferu środków w przypadku, gdy ubezpieczający nie wykona zobowiązań określonych w ust. 3.
8. Do czasu zakończenia realizacji transferu środków lub wypłaty częściowej środków z danego funduszu, ubezpieczającemu nie przysługuje prawo złożenia kolejnego wniosku o dokonanie przeliczenia jednostek z tego samego funduszu.
9. Tabela Opłat i Limitów może określać liczbę transferów środków w danym okresie, za które nie jest pobierana opłata, przy czym zakres tego zwolnienia może być zróżnicowany w zależności od sposobu składania dyspozycji transferu środków, w szczególności jej formy lub podmiotu, u którego jest ona składana. Za wykonanie każdego transferu środków nieobjętego zwolnieniem, o którym mowa powyżej, pobierana jest opłata za transfer środków w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów.

■ ■ § 10. CZĘŚCIOWA I CAŁKOWITA WYPŁATA ŚRODKÓW Z RACHUNKU JEDNOSTEK

1. Po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający może złożyć wniosek o częściową wypłatę wartości z rachunku jednostek. Ubezpieczający ma ponadto prawo do zażądania całkowitej wypłaty wartości rachunku jednostek, z tym zastrzeżeniem, iż wniosek o dokonanie całkowitej wypłaty traktowany jest jako wypowiedzenie umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 15 i § 16.
2. Wypłata jest dokonywana poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszu wskazanego przez ubezpieczającego, których wartość jest równa żądanej kwocie, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Ubezpieczający, wnioskując o dokonanie wypłaty częściowej, zobowiązany jest:
 - 1) wskazać jeden lub więcej ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z którego środki mają zostać wypłacone;
 - 2) określić kwotę dla każdego ze wskazanych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, z którego środki częściowo mają zostać wypłacone lub określić fundusz bądź fundusze, z których środki w całości podlegają wypłacie.
4. Odliczenie jednostek z rachunku jednostek następuje według wartości jednostek funduszy najpóźniej z 3 (trzeciego) dnia wyceny po dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wniosku ubezpieczającego o dokonanie wypłaty, z tym zastrzeżeniem, że terminy odliczania jednostek funduszy, których wycena nie jest dokonywana w każdym dniu (od poniedziałku do piątku) sesji na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., określone są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
5. Kwota częściowej wypłaty wartości z rachunku jednostek nie może być niższa niż określona przez ubezpieczyciela minimalna wartość częściowej wypłaty, z zastrzeżeniem, że:
 - 1) częściowa wypłata będzie dokonana tylko w takim zakresie, w jakim nie doprowadzi to na dzień złożenia wniosku o częściową wypłatę do spadku wartości rachunku jednostek, z którego środki mają zostać wypłacone, z uwzględnieniem naliczonej opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, poniżej wartości minimalnej ustalonej przez ubezpieczyciela;
 - 2) częściowa wypłata będzie dokonana tylko w zakresie jednostek funduszy zarachowanych na danym rachunku jednostek.
6. Wypłata jest dokonywana przelewem na rachunek bankowy ubezpieczającego lub innej osoby uprawnionej, w terminie do 9 (dziewięciu) dni roboczych od dnia otrzymania wniosku o dokonanie wypłaty lub w inny sposób uzgodniony z ubezpieczycielem.
7. W przypadku dokonania częściowej wypłaty wartości rachunku jednostek ubezpieczyciel uprawniony jest do pobrania opłaty za wypłatę w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów.
8. Do czasu zakończenia realizacji wypłaty częściowej z danego rachunku jednostek ubezpieczającemu nie przysługuje prawo złożenia kolejnego wniosku o dokonanie wypłaty częściowej z tego samego rachunku jednostek.
9. Do czasu zakończenia realizacji transferu środków z danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego ubezpieczającemu nie przysługuje prawo złożenia wniosku o dokonanie wypłaty częściowej z tego samego funduszu.

§ 11. UPOSAŻENI

1. Ubezpieczony ma prawo samodzielnie wskazać i zmienić uposażonych.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego jest wypłacane uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego.
3. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie określił ich udziału w świadczeniu, uważa się, że udziały te są równe. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a suma ich udziałów nie jest równa 100% (sto procent), ustala się udziały wskazanych uposażonych z zachowaniem wzajemnych proporcji wskazanych przez ubezpieczonego. Wskazanie uposażonego staje się bezskuteczne, jeżeli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego albo umyślnie przyczynił się do jego śmierci. W takim przypadku udział tego uposażonego przypada pozostałym uposażonym w równych częściach.
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego, bez względu na to, czy w konkretnym przypadku zachodzą przesłanki do dziedziczenia ustawowego. Osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego.

§ 12. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

1. Wypłata świadczenia następuje po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym oraz wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel zgodnie z obowiązującymi przepisami poinformuje w formie pisemnej uprawnionego do świadczenia o tym, jakie dokumenty potwierdzające zdarzenie ubezpieczeniowe oraz jego uprawnienie do świadczenia są potrzebne do wypłaty świadczenia, chyba że nie jest to niezbędne do wypłaty świadczenia.
3. Świadczenie jest wypłacane w złotych polskich, przelewem na rachunek bankowy wskazany przez uprawnionego do otrzymania świadczenia lub w inny sposób uzgodniony z ubezpieczycielem.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela okaże się niemożliwe w terminie wskazanym powyżej, świadczenie zostanie wypłacone w terminie 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. W takim przypadku ubezpieczyciel zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia jej roszczenia w całości lub części, a także w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym wypłaca bezsporną część świadczenia.
5. Ubezpieczyciel poinformuje pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia, że świadczenie nie przysługuje, bądź że przysługuje w wysokości innej niż określona w zgłoszonym roszczeniu, w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty zgłoszenia roszczenia lub, gdyby w tym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, najpóźniej w ciągu 14 (czternastu) dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

§ 13. USTALENIE WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Przy obliczaniu wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego uwzględnia się:

- 1) wartość rachunku jednostek w dniu śmierci ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień § 5 ust. 3;
- 2) składki ubezpieczeniowe wpłacone do dnia śmierci ubezpieczonego oraz dokonane częściowe wypłaty wartości rachunku jednostek i te, które zostaną zrealizowane na podstawie żądań ubezpieczającego otrzymanych przez ubezpieczyciela do tego dnia.

§ 14. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia jej zawarcia, a w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej za pomocą środków porozumiewania się na odległość – w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia poinformowania ubezpieczającego o zawarciu takiej umowy ubezpieczenia lub od dnia potwierdzenia ubezpieczającemu informacji wymaganych przy składaniu propozycji zawarcia takiej umowy ubezpieczenia przez powszechnie obowiązujące przepisy prawa regulujące zawieranie umowy ubezpieczenia za pomocą środków porozumiewania się na odległość, jeżeli jest to termin późniejszy. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem, w którym ubezpieczyciel otrzymał oświadczenie woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.

2. W razie odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca mu wartość rachunku jednostek powiększoną o ewentualnie pobrane uprzednio opłaty. Wartość rachunku jednostek ustala się na dzień otrzymania oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.
3. Odliczenie jednostek funduszu oraz wypłata, o której mowa w ustępie poprzedzającym, następuje w terminie 14 (czternastu) dni od dnia otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia woli ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

■ ■ § 15. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej trwania. W razie jej wypowiedzenia umowa rozwiązuje się z chwilą odliczenia z rachunku jednostek wszystkich jednostek funduszy, w celu dokonania wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się również z chwilą śmierci ubezpieczonego oraz z dniem, w którym wartość rachunku jednostek spadnie do zera złotych, przy zaokrągleniu do pełnego złotego w ten sposób, że końcówkę kwot wynoszącą mniej niż 50 groszy pomija się, a końcówkę kwot wynoszących 50 i więcej groszy podwyższa się do pełnych złotych.

■ ■ § 16. WARTOŚĆ WYKUPU UBEZPIECZENIA

1. W razie wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 15 ust. 1 ubezpieczyciel wypłaca mu wartość wykupu ubezpieczenia.
2. Wartość wykupu ubezpieczenia jest równa wartości rachunku jednostek, pomniejszonej o opłatę za wypłatę w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów. Wartość rachunku jednostek ustala się najpóźniej na 3 (trzeci) dzień wyceny po dniu otrzymania przez ubezpieczyciela wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż na 3 (trzeci) dzień wyceny od dnia realizacji złożonego wcześniej żądania częściowej wypłaty środków, transferu bądź dokonania alokacji składki dodatkowej – jeżeli zdarzenia te miały miejsce przed dniem wypowiedzenia umowy przez ubezpieczającego, z tym zastrzeżeniem, że terminy odliczania z rachunku jednostek, jednostek funduszy, których wycena nie jest dokonywana w każdym dniu (od poniedziałku do piątku) sesji na giełdzie prowadzonej przez Giełdę Papierów Wartościowych w Warszawie S.A., określone są w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
3. Odliczenie jednostek funduszu, ich zamiana na środki pieniężne oraz wypłata wartości wykupu ubezpieczenia następuje w terminie do 9 (dziewięciu) dni roboczych od dnia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia. Wypłata jest dokonywana przelewem na rachunek bankowy ubezpieczającego lub innej osoby uprawnionej lub w inny sposób uzgodniony z ubezpieczycielem.
4. Począwszy od dnia wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczającemu nie przysługuje prawo wpłaty składki dodatkowej oraz uprawnienia wskazane w § 9 i § 10 OWU.
5. Postanowienia ust. 1-3 powyżej stosuje się odpowiednio w razie rozwiązania umowy ubezpieczenia z innych przyczyn niż jej wypowiedzenie przez ubezpieczającego, o ile nie jest uzasadniona wypłata świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu tej umowy ani zwrot składki.

■ ■ § 17. REKLAMACJE

1. Reklamacje są rozpatrywane przez Zarząd ubezpieczyciela lub osoby upoważnione przez ubezpieczyciela.
2. Reklamacje mogą być składane:
 - 1) w formie pisemnej – osobiście u ubezpieczyciela, agentów ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A. albo przesyłką pocztową, w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy Prawo pocztowe, na adres ubezpieczyciela;
 - 2) ustnie – telefonicznie albo osobiście do protokołu podczas wizyty u ubezpieczyciela, agentów ubezpieczyciela, w tym w Banku Zachodnim WBK S.A.;
 - 3) w formie elektronicznej z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej na adres: obsługa.klienta@bzbwbkaviva.pl
3. Reklamacje są rozpatrywane niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 dni od dnia ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w powyższym terminie, ubezpieczyciel w informacji przekazywanej osobie zgłaszającej reklamację określa przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć 60 dni od dnia otrzymania reklamacji.
4. O sposobie rozpatrzenia reklamacji zawiadamia się osobę, która ją zgłosiła w terminie, o którym mowa w ust. 3, w postaci papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji. Odpowiedź tę można dostarczyć pocztą elektroniczną na wniosek zgłaszającego reklamację.
5. Zgłaszający reklamację jest uprawniony do złożenia odwołania od decyzji ubezpieczyciela w przedmiocie reklamacji. W sprawach odwołań stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 1-4.

6. Zgłaszającemu reklamację, w sytuacji nieuwzględnienia jego roszczeń w powyższym trybie rozpatrywania reklamacji, przysługuje prawo do złożenia wniosku o rozpatrzenie sprawy przez Rzecznika Finansowego.
7. Niezależnie od możliwości składania reklamacji, uprawnionemu z Umowy ubezpieczenia na życie przysługuje prawo do złożenia powództwa do właściwego sądu.

■ § 18. OPŁATY POBIERANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA, ZMIANY OPŁAT I LIMITÓW

1. W związku z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera następujące opłaty:
 - 1) opłata za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
 - 2) opłata za ryzyko ubezpieczeniowe;
 - 3) opłata za dodatkową pisemną informację o wartości rachunku jednostek;
 - 4) opłata operacyjna za transfer środków;
 - 5) opłata operacyjna za zmianę alokacji składki dodatkowej;
 - 6) opłata za wypłatę.
2. Opłaty, o których mowa powyżej, pobierane są w sposób opisany w odpowiednich postanowieniach OWU.
3. Ubezpieczyciel ma prawo zmiany wysokości opłat, o których mowa w ust. 1 pkt 1)-6) – ich podwyższenia, obniżenia lub zawieszenia pobierania (w tym zawieszenia ich pobierania w części lub w określonych przypadkach) oraz podwyższania limitów, o których mowa w § 7 ust. 3 i § 10 ust. 5. Wzrost wysokości danej opłaty lub limitu może nastąpić nie częściej niż raz w roku kalendarzowym i każdorazowo nie przewyższy wyrażonego procentowo wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych ogłaszanego przez Główny Urząd Statystyczny za okres od końca miesiąca kalendarzowego, w którym ustalono poprzednią wysokość, zwiększonego o pięć punktów procentowych. Ubezpieczyciel zobowiązany jest do pisemnego poinformowania ubezpieczającego o podwyższeniu opłaty lub limitu co najmniej miesiąc przed wprowadzeniem zmiany. Ponadto ubezpieczyciel udostępnia na stronach internetowych ubezpieczyciela informację o aktualnych wysokościach opłat i limitów.
4. Zmiana wysokości opłat lub limitów stosownie do postanowień ust. 3 nie stanowi zmiany OWU i nie wymaga zmiany umowy ubezpieczenia.

■ § 19. OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

1. Z tytułu zarządzania ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym ubezpieczyciel pobiera opłatę ustaloną jako procent wartości środków zgromadzonych na rachunku jednostek w tym funduszu, w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów (w skali roku, liczonego jako 365 dni).
2. Opłata naliczana jest za każdy dzień, ze wszystkich funduszy, których jednostki zgromadzone są na rachunku jednostek w danym dniu.
3. Z zastrzeżeniem ust. 4-6, opłata pobierana jest zbiorczo, z dołu, comiesięcznie – każdorazowo za okres kończący się dniem poprzedzającym ostatni dzień miesięcznicy. W przypadku, gdy ostatni dzień miesięcznicy nie jest dniem wyceny, pobranie opłaty nastąpi za okres kończący się dniem poprzedzającym najbliższy dzień wyceny przypadający po ostatnim dniu miesięcznicy. Pobranie opłaty następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszu bądź funduszy, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości rachunku jednostek, obliczanego według wartości jednostek funduszy z dnia pobrania opłaty.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia opłata za zarządzanie pobierana jest za okres, za który nie została pobrana zgodnie z postanowieniami ust. 3 – do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia. Pobranie opłaty następuje odpowiednio: przed dokonaniem wypłaty wartości wykupu ubezpieczenia lub w dniu, o którym mowa w ust. 3, poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszu bądź funduszy, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości rachunku jednostek, obliczanego według wartości jednostek funduszy z ostatniego dnia wyceny, za który pobierana jest opłata.
5. W przypadku realizacji dyspozycji wypłaty częściowej, w której określony zostanie fundusz bądź fundusze, z których środki w całości podlegają wypłacie, opłata za zarządzanie tymi funduszami jest pobierana przed dokonaniem wypłaty, za okres, za który nie została pobrana zgodnie z postanowieniami ust. 3 – do dnia odliczenia jednostek funduszu z tytułu tej wypłaty. Pobranie opłaty następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszu bądź funduszy, z tytułu zarządzania którymi jest ona pobierana.
6. W przypadku realizacji dyspozycji transferu środków, w trakcie której – pomiędzy odliczeniem i zarachowaniem jednostek funduszu – przypada dzień miesięcznicy, opłata za zarządzanie jest pobierana w dniu zarachowania jednostek, o którym mowa w § 9 ust. 4 pkt 2), za okres do dnia poprzedzającego jej pobranie, poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszu bądź funduszy, proporcjonalnie do udziału każdego z funduszy w wartości rachunku jednostek obliczanego według wartości jednostek funduszy z dnia pobrania opłaty.

■ ■ § 20. OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

1. Ubezpieczyciel za okres świadczenia ochrony ubezpieczeniowej pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe. Opłata ustalona jest jako część opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Wysokość opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym określona jest w Tabeli Opłat i Limitów.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana oraz pobierana jest w ramach opłaty za zarządzanie ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

■ ■ § 21. OPŁATA ZA DODATKOWĄ PISEMNĄ INFORMACJĘ O WARTOŚCI RACHUNKU JEDNOSTEK

1. Na wniosek ubezpieczającego ubezpieczyciel zobowiązany jest do opracowania i przekazania w terminie 14 dni informacji zawierającej dane o wartości rachunku jednostek oraz zmianach w liczbie jednostek funduszy we wskazanym przez ubezpieczającego okresie. Przygotowanie oraz przekazanie ubezpieczającemu takiej informacji podlega opłacie, w wysokości określonej w Tabeli Opłat i Limitów.
2. Pobranie opłaty za dodatkową pisemną informację o wartości rachunku jednostek następuje w terminie 14 dni od dnia złożenia dyspozycji, poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy, proporcjonalnie do udziału każdego z ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych w wartości rachunku jednostek.

■ ■ § 22. OPŁATA OPERACYJNA

1. Ubezpieczyciel pobiera opłatę operacyjną za:
 - 1) transfer środków;
 - 2) zmianę alokacji składki dodatkowej.
2. Opłaty operacyjne ustalane są kwotowo. Wysokość opłat wskazana jest w Tabeli Opłat i Limitów.
3. Pobranie opłaty operacyjnej za transfer środków następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy, o których mowa w § 9 ust. 3 pkt 2), w terminie do dnia dokonania tego transferu.
4. Pobranie opłaty operacyjnej za zmianę alokacji składki dodatkowej następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek odpowiedniej liczby jednostek funduszy, w terminie do 5 (piątego) dnia wyceny od dnia przyjęcia stosownego oświadczenia przez ubezpieczyciela.

■ ■ § 23. OPŁATA ZA WYPŁATĘ

1. Opłata za wypłatę ustalana jest jako procent wartości środków wypłacanych z rachunku jednostek. Wysokość opłaty wskazana jest w Tabeli Opłat i Limitów.
2. Pobranie opłaty następuje poprzez jej potrącenie z wypłacanej kwoty.

■ ■ § 24. PRAWO WŁAŚCIWE I SĄD WŁAŚCIWY

1. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie. Prawo polskie jest również właściwe dla stosunków ubezpieczyciela z konsumentem przed zawarciem umowy ubezpieczenia na odległość.
2. Powództwo o roszczenie z umowy ubezpieczenia można wytoczyć według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia, albo przed sąd właściwy dla ostatniego miejsca zamieszkania spadkobiercy ubezpieczonego.
3. Strony umowy ubezpieczenia mogą poddać pod rozstrzygnięcie sądu polubownego wynikające z niej spory.

■ ■ § 25. PEŁNOMOCNICTWO

Pełnomocnictwo do działania w imieniu ubezpieczającego powinno być udzielone w formie pisemnej w obecności uprawnionego przedstawiciela ubezpieczyciela lub z podpisem poświadczonym notarialnie lub w formie aktu notarialnego. Pełnomocnictwo powinno być sporządzone w języku polskim albo przetłumaczone na ten język przez tłumacza przysięgłego, a pełnomocnictwo udzielone poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej powinno zostać poświadczone przez polskie przedstawicielstwo dyplomatyczne

lub polski urząd konsularny za zgodność z prawem miejsca wystawienia lub zawierać klauzulę *apostille* w rozumieniu Konwencji znośzącej wymóg legalizacji zagranicznych dokumentów urzędowych sporządzonej w Hadze dnia 5 października 1961 r. (Dz. U. z 2005 roku Nr 112, poz. 938). Pełnomocnictwo powinno określać zakres czynności, do których dokonywania uprawniony jest pełnomocnik. Pełnomocnictwo do działania w sprawach reklamacji może być także udzielone w zwykłej formie pisemnej.

■ § 26. OPODATKOWANIE

1. W zakresie opodatkowania wypłacanych przez ubezpieczyciela świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia zastosowanie mają powszechnie obowiązujące przepisy prawa podatkowego, w szczególności przepisy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
2. Wypłacane przez ubezpieczyciela świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia pomniejsza się o wartość podatku w przypadku, gdy ubezpieczyciel zobowiązany jest do pobrania i odprowadzenia takiego podatku mocą przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

■ § 27. OŚWIADCZENIA

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 i § 17, wnioski, dyspozycje i inne niż powiadomienia oświadczenia, przewidziane w OWU lub składane w związku z zawarciem i wykonaniem umowy ubezpieczenia, wymagają formy pisemnej bądź złożenia za pośrednictwem BZWBK24 w sposób zgodny z regulaminem jej działania.
2. Strony umowy ubezpieczenia, przy składaniu oświadczeń z nią związanych będą posługiwać się językiem polskim. Wszelkie dokumenty, których przekazanie ubezpieczycielowi zgodnie z OWU jest niezbędne, powinny być sporządzone w języku polskim lub przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego. Zagraniczne dokumenty urzędowe muszą być uwierzytelnione zgodnie z obowiązującymi przepisami, a w razie braku stosownej regulacji – przez polską placówkę dyplomatyczną.
3. Pisma ubezpieczyciela kierowane będą na ostatni znany ubezpieczycielowi adres odpowiednio: ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innego uprawnionego z umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający ma obowiązek informowania o zmianie danych osobowych przekazanych ubezpieczycielowi w związku z umową, w tym adresu korespondencyjnego oraz danych uposażonych.
4. Wszelkie pisemne oświadczenia ubezpieczającego, ubezpieczonego oraz innych osób uprawnionych z umowy ubezpieczenia, z wyjątkiem oświadczeń związanych z zaistnieniem zdarzenia ubezpieczeniowego, powinny być doręczone do ubezpieczyciela za pośrednictwem Banku Zachodniego WBK S.A. lub innego agenta ubezpieczeniowego uprawnionego do wykonywania czynności związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia.
5. Oświadczenia, o których mowa w ust. 4, doręczone do Banku Zachodniego WBK S.A. lub innego agenta ubezpieczeniowego uprawnionego do wykonywania czynności związanych z zawieraniem lub wykonywaniem umów ubezpieczenia uznaje się za doręczone ubezpieczycielowi.
6. Wnioski, o których mowa w § 8 ust. 4, § 9 ust. 1, § 10 ust. 1, złożone w formie pisemnej bezpośrednio do ubezpieczyciela są realizowane w terminach wskazanych w OWU liczonych od dnia rejestracji oświadczenia w systemie informatycznym ubezpieczyciela, co nastąpi nie później niż w terminie 7 (siedmiu) dni roboczych od dnia ich otrzymania przez ubezpieczyciela.
7. Wnioski, dyspozycje i inne niż powiadomienia oświadczenia związane z zawarciem umowy ubezpieczenia, jej wykonaniem lub rozwiązaniem mogą być składane także w formie elektronicznej lub telefonicznej innej niż poprzez BZWBK24, pod warunkiem zawarcia z ubezpieczycielem lub jego uprawnionym agentem ubezpieczeniowym stosownej odrębnej umowy regulującej w szczególności zakres i warunki składania tych oświadczeń, przy czym ubezpieczyciel nie jest zobowiązany do zapewnienia ubezpieczającym możliwości zawarcia takiej umowy.

■ § 28. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Przeniesienie na osoby trzecie praw ubezpieczającego i ubezpieczonego przysługujących z tytułu umowy ubezpieczenia może nastąpić wyłącznie za zgodą ubezpieczyciela.
2. Przekazywana przez ubezpieczyciela lub uprawnionego agenta ubezpieczeniowego w związku z propozycją zawarcia umowy ubezpieczenia informacja o aktualnych wysokościach opłat i innych warunkach ubezpieczenia jest wiążąca w dniu jej przekazania. Ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczającego, informuje go o wymienionych w OWU wartościach minimalnych obowiązujących w poszczególnych dniach, w tym w dniu sporządzenia wniosku ubezpieczeniowego i jego rejestracji. Wartości te zamieszczane są również na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Terminy dotyczące alokacji, zamiany funduszy, wypłaty częściowej lub całkowitej, dni wyceny jednostek poszczególnych funduszy przyjęte zostały przy założeniu, że będzie możliwe dokonanie przez ubezpieczyciela stosownych operacji do ostatniego dnia terminu określonego w OWU. W przypadku jednak braku możliwości dokonania tych operacji w określonych w OWU terminach, spowodowanych przyczynami niezależnymi od ubezpieczyciela – operacje te mają miejsce niezwłocznie po ustaniu tych przeszkód.

4. Ubezpieczyciel prowadzi działalność na podstawie właściwego zezwolenia na prowadzenie działalności ubezpieczeniowej udzielonego przez Komisję Nadzoru Finansowego i podlega jej nadzorowi.
5. Informacja o kodeksach etycznych, które stosuje ubezpieczyciel zamieszczana jest na stronach internetowych ubezpieczyciela.
- 5a. Sprawozdanie finansowe ubezpieczyciela zawierające informacje o jego wypłacalności i kondycji finansowej jest ujawniane publicznie w ogólnokrajowym dzienniku urzędowym „Monitor Sądowy i Gospodarczy”.
6. Warunki, w tym zakres i zasady zaspokajania roszczeń uprawnionych z umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny reguluje ustawa.
7. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego.