



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust



Ogólne Warunki Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSAGOWEGO POCZTYLION ŻYCIE

z dnia 9 listopada 2010 roku,
wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku

SPIS TREŚCI

DEFINICJE	4
SPIS TREŚCI	5
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA.....	5
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO	6
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO OKREŚLONEGO WIEKU..	7
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	8
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO	8
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO.....	9
ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU	11
ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE – OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA, POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH	11
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	12
OCHRONA TYMCZASOWA.....	13
OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO.....	14
OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA	14
ODSTĄPIENIE OD UMOWY, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA.....	14
SKRÓCENIE OKRESU UBEZPIECZENIA.....	15
UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE	15
ZMIANY UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH	16
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	16
DOBROWOLNA INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADEK.....	18
ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA	18
WARTOŚĆ ODSTĄPIENIA.....	19
PRAWA WŁASNOŚCI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA.....	19
POSTANOWIENIA KOŃCOWE.....	19
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OWU	21
ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OWU	21
ZAŁĄCZNIK NR 3 DO OWU	22
ZAŁĄCZNIK NR 4 DO OWU	32

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA POSAGOWEGO POCZTYLION ŻYCIE TOWARZYSTWO UBEZPIECZEŃ NA ŻYCIE CARDIF POLSKA S.A.

z dnia 9 listopada 2010 roku, wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku

Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie, Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. zobowiązuje się wypłacić Ubezpieczonemu lub Uposażonemu świadczenie ubezpieczeniowe w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, pod warunkiem, że informacje podane Ubezpieczycielowi przed zawarciem Umowy ubezpieczenia były zgodne z prawdą, za co Ubezpieczający zobowiązuje się do opłacania Składki Ubezpieczeniowej w wysokości i terminach określonych w Umowie.

DEFINICJE

§ 1.

W ogólnych warunkach ubezpieczenia, polisach, załącznikach, aneksach oraz wszelkich innych dokumentach składających się na treść Umowy ubezpieczenia, a wystawionych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., poniżej podanym terminom nadano następujące znaczenia:

- 1) **„Ubezpieczyciel”** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
- 2) **„Ubezpieczający”** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła Umowę ubezpieczenia z Ubezpieczycielem i która zobowiązuje się do opłacania Składki Ubezpieczeniowej,
- 3) **„Ubezpieczony”** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie podlega ochronie ubezpieczeniowej,
- 4) **„Uposażony”** – osoba wskazana przez Ubezpieczonego, która jest uprawniona do otrzymania świadczenia w przypadku śmierci Ubezpieczonego, powstania trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, lub dożycia przez Ubezpieczonego do dnia wskazanego w Umowie ubezpieczenia.
- 5) **„Umowa ubezpieczenia” lub „Umowa”** – Umowa zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie,
- 6) **„Ryzyka dodatkowe” lub „Opcje ubezpieczeniowe”** – ryzyka ubezpieczeniowe zapewniające na podstawie OWU dodatkowe, poza świadczeniem z tytułu śmierci, świadczenia ubezpieczeniowe,
- 7) **„Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe”** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela, wchodząca w skład funduszy wskazanych w załączniku nr 1 do OWU,
- 8) **„Rachunek Jednostek funduszy”** - indywidualne konto utworzone dla każdego Ubezpieczającego, na którym ewidencjonowane są Jednostki Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych,
- 9) **„Jednostki funduszy”** – umowne jednostki stanowiące części Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, mające proporcjonalny udział w aktywach poszczególnych funduszy,
- 10) **„Cena Jednostek funduszy”** – w ramach każdego z funduszy, oznacza cenę ustaloną przez Ubezpieczyciela, po której Jednostki funduszu są nabywane i odliczane z Rachunku Jednostek funduszy,,
- 11) **„Wycena wartości Jednostek funduszy”** - następuje poprzez podzielenie wartości funduszy ubezpieczeniowych przez liczbę Jednostek funduszy; wyceny takiej Ubezpieczyciel dokonuje dwa razy w miesiącu – piętnastego dnia każdego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli jest to dzień wolny od pracy - w pierwszym dniu roboczym po tej dacie oraz ostatniego dnia roboczego każdego miesiąca,

- 12) „**Wartość odstąpienia**” – kwota, którą Ubezpieczyciel jest zobowiązane wypłacić Ubezpieczającemu w przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, równa Wartości Polisy,
- 13) „**Wartość Polisy**” – iloczyn liczby Jednostek funduszy, znajdujących się na Rachunku Jednostek funduszy i ich ceny,
- 14) „**Alokacja składki**” – przekazanie Składki Ubezpieczeniowej na zakup Jednostek funduszy, zgodnie z par. 16.1 oraz 16.2 OWU,
- 15) „**OWU**” – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie,
- 16) „**Polisa**” – wydany przez Ubezpieczyciela dokument stwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia,
- 17) „**Rocznica polisy**” – dzień, w którym upłynął rok, bądź lata kolejno po nim następujące, od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia,
- 18) „**Suma Ubezpieczenia**” – kwota wymieniona w Polisie lub innym dokumencie wystawionym przez Ubezpieczyciela, do której Ubezpieczyciel zobowiązuje się powiększyć wartość Rachunku Jednostek funduszy w razie śmierci Ubezpieczonego lub wystąpienia Ryzyk dodatkowych określonych w Umowie ubezpieczenia,
- 19) „**Składka Podstawowa**” lub „Składka” lub „Składka Ubezpieczeniowa” -składka należna Ubezpieczycielowi opłacana w wysokości i w terminach określonych w Polisie w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia,z tytułu świadczenia podstawowego oraz świadczeń dodatkowych,
- 20) „**Składka Dodatkowa**” – wpłata nie związana ze Składką Podstawową, uiszczana przez Ubezpieczającego w dowolnym czasie trwania Umowy ubezpieczenia,
- 21) „**Nieszczęśliwy wypadek (NW)**” – oznacza zdarzenie powstałe niezależnie od jakiegokolwiek fizycznego i psychicznego schorzenia, wyłącznie na skutek czynnika działającego z zewnątrz, w sposób nagły, niezależnie od woli Ubezpieczonego. Skutkiem tego zdarzenia może być leczenie szpitalne oraz śmierć,
- 22) „**Szpital**” – działający zgodnie z prawem zakład opieki zdrowotnej, którego zadaniem jest całodobowa opieka medyczna, diagnostyka, leczenie, wykonywanie zabiegów chirurgicznych, ochrona zdrowia, zatrudniający 24-godzinną kwalifikowaną opiekę pielęgniarską i przynajmniej jednego lekarza w okresie ciągłym, utrzymujący stałe miejsce szpitalne dla pacjentów, prowadzący dla każdego pacjenta rejestr medyczny(dostępny dla Ubezpieczyciela); w rozumieniu niniejszych warunków szpital nie oznacza: domu opieki, ośrodka dla psychicznie chorych, domowej opieki pielęgniarstwa, hospicjów onkologicznych, ośrodków leczenia uzależnień lekowych, narkotykowych czy alkoholowych, ośrodków rekonwalescencyjnych, rehabilitacyjnych, sanatoryjnych ani ośrodków wypoczynkowych, nawet jeżeli stanowią organizacyjną część szpitala,
- 23) „**Pobyt w Szpitalu**” – stały pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu w celu leczenia przez okres co najmniej jednego dnia, liczony jako różnica pomiędzy datą wypisu a datą przyjęcia do Szpitala,
- 24) „**Dzienny ryczałt za pobyt w Szpitalu**” – oznacza stawkę wymienioną w Polisie wypłacaną Ubezpieczonemu za każdy dzień Pobytu w Szpitalu,
- 25) „**Dzień wymagalności świadczenia**” – dzień określony w Umowie ubezpieczenia, w którym Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu świadczenie określone w Umowie, w razie zajścia określonego w Umowie zdarzenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2.

- 2.1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia i dożycie Ubezpieczonego

- do końca okresu ubezpieczenia. W przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o ryzyka, o których mowa w ust. 2.2 lub 2.3 przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie Ubezpieczonego.
- 2.2. Jeżeli Umowa tak stanowi, zakres ubezpieczenia może objąć następujące Ryzyka dodatkowe (Opcje ubezpieczeniowe):
 - 1) śmierć Ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku (SNW),
 - 2) trwałą i całkowitą niezdolność do pracy Ubezpieczonego (NP),
 - 3) poważne zachorowanie Ubezpieczonego (PZ),
 - 4) Pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu będący następstwem Nieszczęśliwego wypadku (LS).
 - 2.2.1. W ramach Umowy możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2.1 i 2.2 o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 2.2.2. Ochrona ubezpieczeniowa wygasa z dniem wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia wskazanym w Polisie. Ochrona z tytułu Ryzyk dodatkowych wygasa z końcem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia. Z chwilą wygaśnięcia ochrony z tytułu Ryzyk dodatkowych, Ubezpieczyciel zaniecha poboru opłat z tytułu kosztów za Ryzyka dodatkowe z Rachunku Jednostek funduszy.
 - 2.3. W momencie składania wniosku ubezpieczeniowego, na blankiecie wniosku Ubezpieczyciela, a w trakcie trwania Umowy, w formie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego złożonego co najmniej 60 dni przed Rocznicą Polisy - Ubezpieczony ma prawo uzyskać ochronę z tytułu wybranych przez siebie Opcji ubezpieczeniowych. Powyższe prawo przysługuje Ubezpieczonemu do momentu ukończenia 60 roku życia. W trakcie trwania Umowy ubezpieczenia – w formie pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego złożonego na co najmniej 60 dni przed Rocznicą Polisy – Ubezpieczony ma prawo zrezygnować z Opcji ubezpieczeniowych.
 - 2.3.1. Uzyskanie ochrony z tytułu Ryzyka dodatkowego trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (NP) oraz opcji poważnego zachorowania (PZ) w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, odbywa się wyłącznie po uprzednim wypełnieniu przez Ubezpieczonego dodatkowego kwestionariusza medycznego oraz zaakceptowaniu na tej podstawie ryzyka ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela.
 - 2.3.2. W przypadku, o którym mowa w ust. 2.3.1. Ubezpieczyciel zawiadomi Ubezpieczonego na piśmie w terminie 30 dni od dnia otrzymania kwestionariusza medycznego, o przyznaniu lub odmowie przyznania ochrony z tytułu opcji trwałej i całkowitej niezdolności do pracy (NP) oraz opcji poważnego zachorowania (PZ).
 - 2.4. Ubezpieczenie trwa 24 godziny na dobę na całym świecie.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

§ 3.

- 3.1. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, jeżeli Wartość Polisy w dniu śmierci Ubezpieczonego jest mniejsza od Sumy Ubezpieczenia określonej w Polisie, Ubezpieczyciel powiększy wartości Rachunku Jednostek funduszy o odpowiednią liczbę jednostek, do wysokości Sumy Ubezpieczenia. Wypłata świadczenia, w wysokości większej z kwot – Wartości Polisy lub Sumy Ubezpieczenia, następuje w Dniu wymagalności świadczenia wskazanym w Polisie.
- 3.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest wyłączona, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
 - 2) samobójstwa popełnionego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,

- 3.3. W przypadku, gdy przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający podał wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zataił chorobę Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel może w ciągu trzech lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia podnieść zarzut podania przez Ubezpieczającego wiadomości nieprawdziwych, co skutkuje wyłączeniem odpowiedzialności Ubezpieczyciela.
- 3.4. W razie wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie ust. 3.2., Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczającemu Wartość Polisy z zachowaniem postanowień z § 21. W przypadku, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym stosuje się postanowienia ust. 4.9.
- 3.5. W przypadku, gdy śmierć Ubezpieczonego nastąpiła na skutek umyślnego czynu Uposażonego, Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia temu Uposażonemu. Prawo do otrzymania świadczenia przejmują członkowie rodziny Ubezpieczonego, według kolejności określonej w ust. 4.9.
- 3.6. W przypadku śmierci Ubezpieczonego, o której mowa w ust. 3.1 oraz w przypadku wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela na podstawie ust. 3.2 lub 3.3, wartość równa odpowiednio Sumie Ubezpieczenia lub Wartości Polisy zostanie przeniesiona na okres do Dnia wymagalności świadczenia na Rachunek Jednostek funduszu w funduszu „Cadif Bezpieczny”.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA PRZEZ UBEZPIECZONEGO OKREŚLONEGO WIEKU

§ 4.

- 4.1. W razie dożycia przez Ubezpieczonego daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia, o ile nie wystąpiło zdarzenie opisane w § 6 lub § 7 lub Ubezpieczyciel odmówił wypłaty świadczenia z tytułu takiego zdarzenia, Ubezpieczyciel wypłaci Uposażonemu w Dniu wymagalności świadczenia Wartość Polisy.
- 4.2. W razie dożycia przez Ubezpieczonego daty wskazanej w Umowie ubezpieczenia, jeżeli w czasie trwania Umowy wystąpiło zdarzenie opisane w § 6 lub § 7, a Wartość Polisy w dniu dożycia przez Ubezpieczonego daty wskazanej w Umowie jest mniejsza od Sumy Ubezpieczenia określonej w Polisie, Ubezpieczyciel powiększy wartości Rachunku Jednostek funduszy o odpowiednią liczbę jednostek, do wysokości Sumy Ubezpieczenia. Wypłata świadczenia, w wysokości większej z kwot – Wartości Polisy lub Sumy Ubezpieczenia, następuje w Dniu wymagalności świadczenia wskazanym w Polisie.
- 4.3. W przypadku, o którym mowa w ust. 4.1 oraz 4.2 wartość równa odpowiednio Wartości Polisy lub Sumie Ubezpieczenia zostanie przeniesiona na okres do Dnia wymagalności świadczenia na Rachunek Jednostek funduszu w funduszu „Cadif Bezpieczny”.
- 4.4. W przypadku zgonu Uposażonego Ubezpieczony może wskazać inne dziecko, które w dniu zgonu Uposażonego nie ukończyło 15 roku życia.
- 4.5. Wskazanie, o którym mowa w ust. 4.4. musi być dokonane na piśmie i doręczone Ubezpieczycielowi w ciągu 60 dni od dnia zgonu Uposażonego.
- 4.6. W przypadku wskazania, o którym mowa w ust. 4.4., odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia trwa nieprzerwanie.
- 4.7. Jeżeli Ubezpieczony nie dokona wskazania, o którym mowa w ust. 4.4. umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu. Ubezpieczyciel dokonana wypłaty w wysokości Wartości odstąpienia.
- 4.8. Jeżeli przed dniem zgonu Uposażonego zaszło jedno ze zdarzeń, o których mowa w § 6 i 7, a Ubezpieczony nie wskazał innego Uposażonego w trybie określonym w ust. 4.4. świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- 4.9. Jeżeli w dniu zgonu Uposażonego Ubezpieczony nie żyje, świadczenie otrzymują członkowie rodziny Ubezpieczonego w następującej kolejności:
 - 1) małżonek,

- 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) dzieci rodzeństwa,
 - 6) inni ustawowi spadkobiercy Ubezpieczonego z wyłączeniem Skarbu Państwa.
- 4.10. Otrzymanie świadczenia przez osoby wymienione w pierwszej kolejności wyklucza otrzymanie świadczenia przez osoby wskazane na wypadek braku osób wymienionych w pierwszej kolejności. Osoby zaliczane do tej samej grupy otrzymują świadczenie w równych częściach.
- 4.11. Śmierć jednej lub wielu osób z danej grupy skutkuje proporcjonalnym zaliczeniem udziału zmarłego (zmarłych) na rzecz pozostałej żyjącej osoby lub osób z danej grupy.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 5.

- 5.1. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, jeżeli śmierć nastąpiła w ciągu 180 dni od daty zajścia tego wypadku, Ubezpieczyciel spełni dodatkowe świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia, w sposób określony w ust. 3.1.
- 5.2. Spełnienie świadczenia z tytułu niniejszej Opcji dodatkowej nie powoduje wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, a jedynie wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. Poczynając od daty spełnienia dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 5.1, do daty wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, wygasa obowiązek opłacania Składek Ubezpieczeniowych. Wypłata świadczenia następuje w Dniu wymagalności świadczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU TRWAŁEJ I CAŁKOWITEJ NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

§ 6.

- 6.1. Trwała i całkowita niezdolność do pracy oznacza powstałą wskutek rozstroju zdrowia lub uszkodzenia ciała trwałą i całkowitą niezdolność Ubezpieczonego do wykonywania jakiegokolwiek pracy zarobkowej, świadczonej na podstawie: stosunku pracy, umowy cywilnoprawnej, wykonywania pracy w ramach wolnego zawodu oraz wszelkich innych form świadczenia pracy oraz naruszenie sprawności organizmu w stopniu powodującym niezdolność do samodzielnej egzystencji.
- 6.2. Uprawniony przez Ubezpieczyciela lekarz stwierdza prawo Ubezpieczonego do świadczenia, w oparciu o zasady oceny niezdolności do pracy określone w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz.U. 162 poz. 1118 z póź. zm.).
- 6.3. W razie wystąpienia trwałej i całkowitej niezdolności do pracy Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez powiększenie wartości Rachunku Jednostek funduszy o dodatkową liczbę jednostek, do wysokości Sumy Ubezpieczenia.
- 6.4. Spełnienie świadczenia z tytułu niniejszej Opcji dodatkowej nie powoduje wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, a jedynie wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. Poczynając od daty spełnienia dodatkowego świadczenia, o którym mowa w ust. 6.3, do daty wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, wygasa obowiązek opłacania Składek Ubezpieczeniowych. Wypłata świadczenia następuje w Dniu wymagalności świadczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO

§ 7.

7.1. Poważne zachorowanie - jedno ze zdarzeń lub chorób zdefiniowanych poniżej:

7.1.1. Zawał serca: Pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:

- typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa.

Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespołów wieńcowych.

7.1.2. Udar mózgu: Martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotokiem do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności:

- wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu,
- obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu,
- obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone).

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- epizodów przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),
- zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem,
- wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych,
- jakichkolwiek innych zmian w mózgu możliwych do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych.

7.1.3. Niewydolność nerek: Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

7.1.4. Operacja pomostowania naczyń wieńcowych (by-pass): Przeprowadzenie operacji chirurgicznej przy otwartej klatce piersiowej, mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczepienie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – lekarza kardiologa. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

7.1.5. Przeszczep narządu: Przeszczepienie Ubezpieczonemu jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie Ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

- serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub
- szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

7.1.6. Nowotwór złośliwy (rak): Nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.

Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym przeprowadzonym przez wykwalifikowanego lekarza onkologa lub histopatologa.

Zakres ubezpieczenia obejmuje także białaczkę, chłoniaka złośliwego, ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina), złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- rak nieinwazyjny (carcinoma In-situ), dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy w stopniu CIN-1, CIN-2, CIN-3 oraz wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne;
- wczesny rak gruczołu krokowego (T1 wg klasyfikacji TNM, wliczając T1a i T1b lub odpowiadający mu stopień zaawansowania wg innej klasyfikacji);
- czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A (Stage 1A) (≤ 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia) według klasyfikacji AJCC z 2002 roku;
- nadmierne rogowacenie (hyperkeratosis), rak podstawnkomórkowy skóry i rak kolczystokomórkowy skóry;
- wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

- 7.2. Uprawniony lekarz Ubezpieczyciela stwierdza prawo Ubezpieczonego do świadczenia. Ubezpieczony jest obowiązany do przedstawienia niezbędnych dokumentów i poddania się koniecznym badaniom, a w szczególności Ubezpieczony jest obowiązany do przedstawienia zaświadczenia lekarza medycyny poświadczającego nabycie przez Ubezpieczonego jednego ze schorzeń wymienionych w ust. 7.1.
- 7.3. W razie wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel spełni świadczenie poprzez powiększenie wartości Rachunku Jednostek funduszy o dodatkowe jednostki, do wysokości Sumy Ubezpieczenia.
- 7.4. Spełnienie świadczenia z tytułu niniejszej Opcji dodatkowej nie powoduje wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia, a jedynie wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej. Poczynając od daty spełnienia dodatkowego świadczenia do daty wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia wygasa obowiązek opłacania Składek Ubezpieczeniowych. Wypłata świadczenia następuje w Dniu wymagalności świadczenia wskazanym w Umowie ubezpieczenia.
- 7.5. Wyłączenia odpowiedzialności z tytułu opcji PZ:
- 7.5.1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej opcji jest wyłączona w okresie pierwszych 90 dni obejmowania ochroną ubezpieczeniową.
- 7.5.2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu niniejszej opcji dodatkowej jest wyłączona w przypadku, gdy poważne zachorowanie nastąpiło w wyniku:
- 1) schorzenia po raz pierwszy rozpoznanego u Ubezpieczonego przed dniem objęcia go ochroną ubezpieczeniową z tytułu niniejszej opcji lub w okresie wyłączenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela określonym w ustępie 7.5.1.,
 - 2) wydarzeń określonych w § 9.1. ust. 9.1.1. pkt. 1 - 8.

ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU POBYTU W SZPITALU WSKUTEK NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU

§ 8.

- 8.1. W przypadku pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel za każdy dzień pobytu wypłaci Dzienny ryczałt za Pobyt w Szpitalu.
- 8.2. Świadczenie przysługuje za okres maksymalnie 12 miesięcy Pobytu w Szpitalu z tytułu jednego Nieszczęśliwego wypadku. Okres 12 miesięcy rozpoczyna się od momentu pierwszego dnia Pobytu w Szpitalu.
- 8.3. Świadczenie wypłacane jest Ubezpieczonemu.
- 8.4. W razie, gdy pobyt Ubezpieczonego w Szpitalu przekracza 30 dni, wypłata ryczałtu za Pobyt w Szpitalu następuje co 30 dni na podstawie dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.

ŚWIADCZENIE UBEZPIECZENIOWE – OGRANICZENIE ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA, POSTĘPOWANIE W SPRAWACH ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZENIOWYCH

§ 9.

- 9.1. Ograniczenie odpowiedzialności.
 - 9.1.1. Świadczenie należne na podstawie § 5 - § 8 nie zostanie spełnione, jeżeli śmierć wskutek Nieszczęśliwego wypadku, trwała i całkowita niezdolność do pracy, poważne zachorowanie lub Pobyt w Szpitalu nastąpiły bezpośrednio wskutek:
 - 1) jakiegokolwiek formy wojny, stanu wojennego, działań zbrojnych, zamieszek, świadomego i dobrowolnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy,
 - 2) samobójstwa lub próby samobójstwa
 - 3) samouszkodzenia ciała Ubezpieczonego lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 4) popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - 5) wypadku spowodowanego przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony ten pozostawał pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków działających na centralny ośrodek nerwowy, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,
 - 6) udziału w zajęciach sportowych lub rekreacyjnych o ryzykownym charakterze, w szczególności takich jak uprawianie sportów motorowych, spadochronowych, wspinaczki, speleologii,
 - 7) zdarzenia związanego bezpośrednio z masowym skażeniem chemicznym lub radioaktywnym, spowodowanym działaniem broni lub urządzenia wykorzystującego energię rozszczepienia jądrowego lub promieniotwórczość,
 - 8) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, przeprowadzanym poza kontrolą lekarza lub innych osób uprawnionych.
 - 9.1.2. Jeżeli do wypadku doszło po upływie lat trzech od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności zatajona została choroba osoby ubezpieczonej.
- 9.2. Postanowienia dodatkowe
 - 9.2.1. Ubezpieczyciel powinien być niezwłocznie powiadomiony na piśmie o zajściu zdarzenia objętego Umową ubezpieczenia.
 - 9.2.2. Podstawą do ustalenia prawa do świadczenia ubezpieczeniowego jest dostarczenie do siedziby Ubezpieczyciela następujących dokumentów:

- a) Polisy ubezpieczeniowej (lub jej duplikatu),
 - b) urzędowego dokumentu potwierdzającego datę urodzenia Ubezpieczonego i Uposażonego,
 - c) dokumentu potwierdzającego tożsamość Uposażonego,
 - d) dokumentu potwierdzającego zajście zdarzenia - w przypadku śmierci Ubezpieczonego - odpisu aktu zgonu oraz zaświadczenia stwierdzającego przyczynę śmierci, wystawionego przez lekarza lub innych dokumentów niezbędnych do określenia tytułu wypłaty,
 - e) zaświadczenia stwierdzającego Pobyt w Szpitalu (karta informacyjna leczenia szpitalnego),
 - f) dokumentu potwierdzającego rozpoznanie i przyczynę uszkodzenia ciała wskutek Niez szczęśliwego wypadku, wydanego przez lekarza prowadzącego,
 - g) opisu lub protokołu z wypadku, zawierającego informacje dotyczące rodzaju, okoliczności, daty, miejsca zdarzenia.
- 9.2.3. Świadczenie ubezpieczeniowe podlega przepisom ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. z dnia 3 marca 2000 r., nr 14, poz. 176 z póź. zm.).
- 9.3. Postanowienia dodatkowe dotyczące zdarzeń z § 6, § 7 i § 8.
- 9.3.1. Ubezpieczony jest zobowiązany niezwłocznie zawiadomić Ubezpieczyciela o powstaniu zdarzenia, potwierdzonego diagnozą lekarską.
- 9.3.2. Zawiadomienie to następuje poprzez przesłanie pisma potwierdzającego zajście tego zdarzenia na formularzu Ubezpieczyciela.
- 9.3.3. Dla ustalenia prawa do świadczenia określonego w § 6 i § 7, na wniosek Ubezpieczyciela, Ubezpieczony ma obowiązek poddania się badaniom lekarskim, które przeprowadzane są w autoryzowanych przez Ubezpieczyciela placówkach medycznych.
- 9.3.4. Z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy, o której mowa w § 6, Ubezpieczyciel spełni świadczenie ubezpieczeniowe po 180 dniach trwania niezdolności do pracy, lecz nie wcześniej niż w dniu zaakceptowania zasadności roszczenia.
- 9.3.5. Z tytułu poważnego zachorowania, o którym mowa w § 7, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe, o ile będą spełnione warunki określone w ust. 7.1., 7.2., 7.3., 7.4. i 7.5., nie wcześniej niż w dniu zaakceptowania zasadności roszczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10.

- 10.1. Umowę ubezpieczenia zawiera się poprzez złożenie przez Ubezpieczającego oferty w formie pisemnego wniosku na formularzu Ubezpieczyciela.
- 10.2. Pod rygorem utraty prawa do świadczenia, Ubezpieczający, a w przypadku zawierania Umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, również osoba na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia, ma obowiązek, niczego nie zatajając, odpowiedzieć zgodnie z prawdą, na pytania Ubezpieczyciela zawarte we wniosku ubezpieczeniowym lub innych dokumentach wymaganych przez Ubezpieczyciela przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, w szczególności na pytania o ewentualne choroby osoby, która ma być ubezpieczona.
- 10.3. W celu zawarcia Umowy ubezpieczenia niezbędne jest złożenie odpowiednio przez Ubezpieczającego lub osobę, na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia, oświadczenia o stanie zdrowia w kwestionariuszu medycznym, stanowiącym integralną część wniosku ubezpieczeniowego.
- 10.4. Ubezpieczyciel ma prawo uzyskać odpowiednio od Ubezpieczającego lub osoby, na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia wszelkich dodatkowych informacji

- dotyczących stanu jej zdrowia lub skierować osobę, na rzecz której ma zostać zawarta Umowa ubezpieczenia na badania lekarskie oraz badania diagnostyczne w celu oceny ryzyka ubezpieczeniowego. Ubezpieczyciel ponosi koszty uzyskania powyższych dodatkowych informacji i badań.
- 10.5. W przypadku ryzyka odbiegającego od standardowego ryzyka ubezpieczeniowego, Ubezpieczyciel ma prawo zaproponować Umowę ubezpieczenia na warunkach szczególnych lub odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia.
 - 10.6. Warunkiem zawarcia Umowy ubezpieczenia jest zaakceptowanie przez Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 10.1. oraz opłacenie Składki przez Ubezpieczającego.
 - 10.7. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem doręczenia Ubezpieczającemu Polisy ubezpieczeniowej.
 - 10.8. Jeżeli Polisa zawiera postanowienia odbiegające na niekorzyść dla Ubezpieczającego od treści złożonego przez niego wniosku lub Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel powiadomi Ubezpieczającego o zmianach na piśmie przy doręczeniu Polisy (kontroferta), wyznaczając Ubezpieczającemu czternastodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu, licząc od daty doręczenia Polisy. W tym samym terminie Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu różnice między postanowieniami Umowy, a OWU.
 - 10.9. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli Ubezpieczony ukończył 18 rok życia i nie ukończył 60 roku życia. Uposażonym w chwili zawarcia Umowy może być dziecko już narodzone, które nie ukończyło 15-tego roku życia.
 - 10.10. Ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie, nie wcześniej jednak, niż następnego dnia po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku ubezpieczeniowego i zapłacenia pierwszej Składki na ręce uprawnionego przez Ubezpieczyciela przedstawiciela. Ochrona kończy się w dniu wygaśnięcia Umowy ubezpieczenia w przypadkach, o których mowa w § 14 i § 15. Przed wystawieniem Polisy Ubezpieczyciel gwarantuje klientowi ochronę tymczasową, o której mowa w § 11.
 - 10.11. Umowa ubezpieczenia jest zawarta na czas określony, wskazany przez Ubezpieczającego we wniosku ubezpieczeniowym, nie krótszy niż 10 lat.

OCHRONA TYMCZASOWA

§ 11.

- 11.1. Ubezpieczyciel udziela ochrony tymczasowej z tytułu śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku od dnia następnego po dniu złożenia wniosku ubezpieczeniowego oraz zapłacenia pierwszej Składki Ubezpieczeniowej na ręce upoważnionego przez Ubezpieczyciela przedstawiciela.
- 11.2. Ochrona tymczasowa trwa nie dłużej niż 60 dni i obowiązuje do momentu wystawienia Polisy lub do momentu podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o odmowie objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
- 11.3. Do ochrony tymczasowej zastosowanie mają odpowiednio postanowienia § 5 oraz ust. 9.1. i 9.2.
- 11.4. W razie śmierci Ubezpieczonego wskutek Nieszczęśliwego wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie równe Sumie Ubezpieczenia, określonej we wniosku ubezpieczeniowym, nie większe niż 150.000 zł.
- 11.5. W okresie trwania ochrony tymczasowej, wyłączona jest odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu śmierci Ubezpieczonego, powstałej na skutek innej przyczyny niż Nieszczęśliwy wypadek.
- 11.6. Pierwsza Składka Ubezpieczeniowa, o której mowa w ust. 11.1. i następnym, jest zaliczana na poczet Składki wymagalnej w razie zawarcia Umowy Ubezpieczenia.

OBOWIĄZKI UBEZPIEZAJĄCEGO

§ 12.

Ubezpieczający obowiązany jest do opłacania Składki w wysokości i terminach określonych w Polisie.

OBOWIĄZKI UBEZPIECZYCIELA

§ 13.

- 13.1 Po otrzymaniu zawiadomienia o ząjściu zdarzenia, Ubezpieczyciel, w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania informuje o tym Ubezpieczonego lub Ubezpieczającego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- 13.1.1 W ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w sposób wskazany przez osobę uprawnioną do jego otrzymania.
- 13.1.2 W przypadku odmowy wypłaty świadczenia, Ubezpieczyciel w formie pisemnej powiadomi o tym fakcie osoby uprawnione w ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia, wskazując na okoliczność oraz na podstawę prawną odmowy wypłaty świadczenia oraz informując jednocześnie o przysługujących środkach odwoławczych.
- 13.1.3 Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- 13.2. Wszelkie skargi i zażalenia Ubezpieczający lub Ubezpieczony winien kierować w formie pisemnej do Zarządu Ubezpieczyciela. Skargi i zażalenia będą rozpatrywane przez osoby upoważnione przez Zarząd Ubezpieczyciela w terminie 14 dni od ich doręczenia do siedziby Ubezpieczyciela. O sposobie rozpatrzenia skargi Ubezpieczyciel poinformuje osobę składającą skargę lub zażalenie w terminie 7 dni od jej rozpatrzenia.
- 13.3. Ochrona danych osobowych.
- 13.3.1. Ubezpieczyciel zapewnia ochronę danych osobowych dotyczących osób wymienionych w Polisie i innych dokumentach ubezpieczeniowych uzyskanych w związku z Umową ubezpieczenia, zgodnie z przepisami Ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997 roku.
- 13.3.2. Informacje zawarte w bazie danych mogą być wykorzystane przez Ubezpieczyciela, bez potrzeby uzyskiwania zgody poszczególnych osób, w celu wykonania warunków Umowy ubezpieczenia.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY, ROZWIĄZANIE I WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14.

- 14.1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w ciągu 7 dni, licząc od daty otrzymania Polisy. Za datę odstąpienia od Umowy przyjmuje się dzień doręczenia Ubezpieczycielowi oświadczenia o odstąpieniu na piśmie.
- 14.2. Ubezpieczający ma prawo do pisemnego wypowiedzenia Umowy z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, licząc od dnia doręczenia Ubezpieczycielowi wypowiedzenia Umowy na piśmie.

14.3. Umowa ubezpieczenia wygasa na skutek:

- 1) wypłaty Wartości odstąpienia określonej w § 21 lub
- 2) wypłaty świadczenia, ubezpieczeniowego określonego w § 3, 4, 5 lub
- 3) nieopłacenia Składki w terminie, o którym mowa w ust. 18.9.4. lub
- 4) zajścia przypadku, o którym mowa w ust. 18.7.4., ust. 18.8.5. lub
- 5) śmierci Ubezpieczającego,
- 6) śmierci Uposażonego z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 4.4.,
- 7) skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 15 – z dniem akceptacji przez Ubezpieczyciela wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia..

SKRÓCENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 15.

15.1. Na wniosek Uposażonego złożony w każdym czasie, okres ubezpieczenia wynoszący co najmniej 10 lat może zostać skrócony, pod warunkiem ukończenia przez Uposażonego 18 roku życia oraz zajścia przypadku, gdy Uposażony:

- 1) zawarze związku małżeński,
- 2) nabędzie samodzielne mieszkanie,
- 3) rozpocznie studia wyższe (naukę w szkole wyższej),
- 4) podejmie pracę zawodową,
- 5) zostanie rodzicem.

15.2. W celu skrócenia okresu ubezpieczenia Uposażony składa wniosek na formularzu Ubezpieczyciela; jeżeli żyje Ubezpieczający konieczna jest jego zgoda wyrażona na wniosku.

15.3. Wniosek o skrócenie okresu ubezpieczenia zostanie rozpatrzony niezwłocznie po otrzymaniu przez Ubezpieczyciela stosownych dokumentów zaświadczających jedno z wyżej wymienionych zdarzeń.

15.4. W przypadku akceptacji wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości Wartości odstąpienia.

UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE

§ 16.

16.1. Z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel otwiera dla każdego Ubezpieczającego Rachunek Jednostek funduszy, na który przekazywane są Jednostki funduszy nabyte za wyodrębnione w wyniku Alokacji Składki Ubezpieczeniowe.

16.2. Alokacja Składek Ubezpieczeniowych wynosi odpowiednio:

- 25% dla Składek wymaganych w pierwszym roku trwania Umowy ubezpieczenia,
- 90% dla Składek wymaganych w drugim roku trwania Umowy ubezpieczenia,
- 95% dla Składek wymaganych w trzecim roku trwania Umowy ubezpieczenia,
- 96% dla Składek wymaganych w czwartym i następujących latach trwania Umowy ubezpieczenia.

16.3. Ubezpieczyciel będzie pobierał następujące opłaty, których wysokość jest określona w załączniku nr 2 do OWU:

- 1) opłatę administracyjną – wliczaną w oparciu o ponoszone przez Ubezpieczyciela koszty prowadzenia rachunku jednostek, pobieraną z Rachunku Jednostek funduszy każdego Ubezpieczającego, bezpośrednio po dokonaniu wyceny wartości Jednostek funduszy i nabyciu jednostek, poprzez zmniejszenie stanu Rachunku Jednostek funduszy o liczbę jednostek wynikającą z podzielenia kwoty opłaty przez aktualną wartość jednostki,
- 2) opłatę z tytułu ponoszonego przez Ubezpieczyciela ryzyka ubezpieczeniowego - wliczoną przez Ubezpieczyciela po dokonaniu analizy ryzyka ubezpieczeniowego,

- w wysokości zapewniającej wykonanie zobowiązań Ubezpieczyciela z Umowy ubezpieczenia i pokrycie odpowiedniej części kosztów wykonywania działalności ubezpieczeniowej Ubezpieczyciela, pobieraną z Rachunku Jednostek funduszy każdego Ubezpieczającego, bezpośrednio po dokonaniu Wyceny wartości Jednostek funduszy i nabyciu jednostek, poprzez zmniejszenie stanu Rachunku Jednostek funduszy o liczbę jednostek, wynikającą z podzielenia kwoty opłaty przez aktualną wartość jednostki.
- 16.4. Zasady lokowania środków Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, charakterystykę aktywów wchodzących w ich skład, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji, a także zasady i terminy wyceny Jednostek funduszy określają regulaminy funduszy przyjęte uchwałą Zarządu Ubezpieczyciela z dnia 9 listopada 2010 roku, wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku wymienione w załączniku nr 1 do OWU.
- 16.5. Wartość Jednostek funduszy kapitałowych Ubezpieczyciel ogłaszać będzie w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, niezwłocznie po jej ustaleniu, w sposób określony przez odpowiednie przepisy obowiązujące w tym zakresie.

ZMIANY UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

§ 17.

- 17.1. Na podstawie pisemnego wniosku, złożonego co najmniej 60 dni przed Roczną Polisy, Ubezpieczający poczynawszy od trzeciej Rocznicy Polisy, ma prawo w Roczną Polisy zmienić udział wszystkich jednostek lub udział części jednostek w danym funduszu lub funduszach na odpowiedni udział jednostek w innym lub innych funduszach.
- 17.2. Zmiana Jednostek funduszy nie jest możliwa w przypadku zaprzestania przez Ubezpieczającego opłacania Składki lub przekształcenia Umowy w ubezpieczenie bezskładkowe.
- 17.3. Na podstawie pisemnego wniosku, złożonego co najmniej 60 dni przed Roczną Polisy, Ubezpieczający ma prawo zmienić udział poszczególnych funduszy w Składkach wpłacanych po dniu Rocznicy Polisy.
- 17.4. Po dokonaniu zmiany Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, Ubezpieczyciel pobierze opłatę za zmianę Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, poprzez odjęcie odpowiedniej liczby jednostek z funduszy wybranych przez Ubezpieczającego.
- 17.5. Prawo do zmiany Ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych przysługuje Ubezpieczającemu poczynawszy od trzeciej Rocznicy Polisy, o ile nie zostało spełnione świadczenie z tytułu zdarzeń w § 3, § 5, § 6 lub § 7.

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18.

- 18.1. Wysokość Składki ubezpieczeniowej, w tym minimalną wysokość Składki na poszczególne świadczenia ustala Ubezpieczyciel.
- 18.2. Składki powinny być wpłacane w terminach wskazanych w Umowie ubezpieczenia, przez cały czas trwania Umowy ubezpieczenia. Za dzień wpłaty Składki, uważa się dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela.
- 18.3. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
- 18.4. Przy nabywaniu Jednostek funduszy, przyjmuje się cenę jednostki obowiązującą w dniu pierwszej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu wpłaty. Jeżeli Składka wpłynie przed datą wymagalności, jednostki zostaną nabyte po cenie obowiązującej w dniu pierwszej wyceny jednostek uczestnictwa następującej po dniu wymagalności Składki.
- 18.5. Na podstawie pisemnego wniosku złożonego co najmniej 60 dni przed Roczną Polisy, Ubezpieczający ma prawo zmienić częstotliwość opłacania Składki Ubezpieczeniowej.

- 18.6. Ubezpieczający zostanie zawiadomiony przez Ubezpieczyciela o zaległościach w opłaceniu Składki w formie pisemnej, po 30 dniach opóźnienia w opłaceniu Składki.
- 18.7. Zawieszenie opłacania składki ubezpieczeniowej dla Umów ubezpieczenia po upływie trzeciej Rocznicy Polisy.
- 18.7.1. Po upływie trzeciej Rocznicy Polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zawieszenia opłacania Składki Ubezpieczeniowej - raz na 6 lat w ciągu trwania Umowy ubezpieczenia - przez okres co najwyżej 12 miesięcy, licząc od daty wymagalności pierwszej niezapłaconej Składki. Czas pomiędzy następującymi po sobie okresami zawieszenia nie może być krótszy niż 6 lat.
- 18.7.2. W okresie zawieszenia opłacania Składki, Ubezpieczyciel gwarantuje wypłatę świadczeń należnych z Umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 18.7.4.
- 18.7.3. W okresie zawieszenia opłacania Składki, odpowiednia liczba Jednostek funduszy jest odejmowana z Rachunku Jednostek funduszy na pokrycie kosztów, o których mowa w ust. 16.3.
- 18.7.4. Jeżeli wartość jednostek na Rachunku Jednostek funduszy nie wystarcza na pokrycie kosztów z ust. 16.3., Umowa ubezpieczenia wygasa.
- 18.8. Ubezpieczenie bezskładkowe.
- 18.8.1. Jeżeli Ubezpieczający nie wznowi opłacania Składek po upływie 30 dni od zakończenia maksymalnego okresu zawieszenia, o którym mowa w ust. 18.7.1., Ubezpieczyciel wyśle informację o zakończeniu maksymalnego okresu zawieszenia, wezwanie do zapłaty oraz informację o terminach przejścia Umowy w stan ubezpieczenia bezskładkowego.
- 18.8.2. Po upływie trzeciej Rocznicy Polisy Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zamiany ubezpieczenia na ubezpieczenie bezskładkowe. Jeżeli Ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania Składki zgodnie z ust. 18.7.1. w przypadku zwłoki w opłaceniu Składki stosuje się mechanizm zawieszenia opłacania Składek. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie ma takiego prawa, Umowa zostanie zamieniona w ubezpieczenie bezskładkowe z końcem pierwszego pełnego miesiąca kalendarzowego po zakończeniu okresu 57 dni, licząc od daty wymagalności pierwszej niezapłaconej Składki.
- 18.8.3. Ubezpieczyciel, za zgodą Ubezpieczającego, przekształci Umowę w ubezpieczenie bezskładkowe z Sumą Ubezpieczenia ustaloną na dowolnym poziomie, jednak nie wyższym niż poziom obowiązujący w Umowie przed tym przekształceniem.
- 18.8.4. W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego, odpowiednia liczba Jednostek funduszy jest odejmowana z Rachunku Jednostek funduszy na pokrycie kosztów, o których mowa w ust. 16.3.
- 18.8.5. Ubezpieczenie bezskładkowe wygasa w momencie wyczerpania Rachunku Jednostek funduszy przez koszty z ust. 16.3.
- 18.9. Zawieszenie i wznowienie odpowiedzialności Ubezpieczyciela dla Umów ubezpieczenia przed upływem trzeciej Rocznicy Polisy.
- 18.9.1. Jeżeli Ubezpieczający nie wpłaci Składki Ubezpieczeniowej w terminie 57 dni, licząc od daty wymagalności, następuje zawieszenie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu zdarzeń określonych w § 2.
- 18.9.2. Ubezpieczający zostanie na piśmie zawiadomiony przez Ubezpieczyciela o zaległościach w opłaceniu Składki w formie pisemnej, po 30 dniach opóźnienia.
- 18.9.3. Jeżeli Ubezpieczający ponowi opłacanie Składek oraz zapłaci wszystkie zaległe Składki Ubezpieczeniowe – przed upływem terminu do końca pierwszego, pełnego miesiąca kalendarzowego po zakończeniu okresu 57 dni, licząc od daty wymagalności pierwszej niezapłaconej Składki – Ubezpieczyciel, poczynając od dnia następnego po dniu opłacania Składek, wznowi pełną odpowiedzialność z tytułu zdarzeń określonych w § 2.

- 18.9.4. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci wszystkich zaległych Składek do końca terminu, o którym mowa w ust. 18.9.3., Umowa ubezpieczenia wygasa bez możliwości jej wznowienia. Ubezpieczyciel zawiadamia Ubezpieczającego o wygaśnięciu Umowy ubezpieczenia w formie pisemnej w terminie 30 dni od dnia jej wygaśnięcia.
- 18.10. Składka Dodatkowa.
- 18.10.1. W każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma możliwość dokonywania wpłat na Składkę Dodatkową w dowolnej wysokości, nie niższej jednak niż 100 PLN. Za dzień wpłaty Składki Dodatkowej uważa się dzień uznania rachunku bankowego Ubezpieczyciela.
- 18.10.2. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zmiany wysokości minimalnej Składki Dodatkowej.
- 18.10.3. Alokacja Składki Dodatkowej wynosi 100%.
- 18.10.4. Ubezpieczyciel przeznaczą na nabycie jednostek uczestnictwa całą kwotę Składki Dodatkowej wpłaconej przez Ubezpieczającego.
- 18.10.5. Składki dodatkowe lokowane są w funduszach wybranych przez Ubezpieczającego dla Składki Podstawowej.
- 18.10.6. W przypadku, gdy Ubezpieczający dokona opłacenia Składki Dodatkowej, a Składka Podstawowa nie zostanie opłacona, należna kwota na Składkę Podstawową zostanie potrącona z opłaty dokonanej na Składkę Dodatkową.

DOBROWOLNA INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADEK

§ 19.

- 19.1. Ubezpieczyciel na 60 dni przed Rocznicą Polisy, pisemnie zaproponuje Ubezpieczającemu podwyższenie Sumy Ubezpieczenia i Składki - bez poddawania się badaniom lekarskim oraz bez wypełniania kwestionariusza medycznego - o wskaźnik indeksacji.
- 19.2. Ubezpieczyciel ustala wskaźnik indeksacji na podstawie wzrostu cen towarów i usług (inflacji), opublikowanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego, za rok kalendarzowy poprzedzający rok przeprowadzenia indeksacji.
- 19.3. W przypadku korzystania przez Ubezpieczającego z indeksacji, podwyższeniu ulega Suma Ubezpieczenia oraz Składka Ubezpieczeniowa.
- 19.4. Na podstawie pisemnego wniosku złożonego co najmniej 20 dni przed Rocznicą Polisy, Ubezpieczający może zrezygnować z prawa do indeksacji. W razie braku takiego pisma złożonego w powyższym terminie uznaje się, że Ubezpieczający wyraża zgodę na indeksację zaproponowaną przez Ubezpieczyciela.
- 19.5. Postanowienia dotyczące indeksacji Sumy Ubezpieczenia i Składki nie mają zastosowania do ubezpieczenia bezskładkowego.

ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

§ 20.

- 20.1. Na podstawie pisemnego wniosku, złożonego co najmniej 60 dni przed Rocznicą Polisy, Ubezpieczający, w trakcie trwania ubezpieczenia, ma prawo do zmiany Sumy Ubezpieczenia poprzez jej podwyższenie lub obniżenie bez równoczesnej zmiany wysokości Składki.
- 20.2. Zaakceptowanie nowej wysokości Sumy Ubezpieczenia przy utrzymaniu tej samej wysokości Składki należy wyłącznie do Ubezpieczyciela.
- 20.3. Zmiana Sumy Ubezpieczenia, poprzez jej obniżenie, odbywa się bez obowiązku wypełnienia przez Ubezpieczonego kwestionariusza medycznego.
- 20.4. Zmiana Sumy Ubezpieczenia, poprzez jej podwyższenie, jest dopuszczalna po wypełnieniu przez Ubezpieczonego dodatkowego kwestionariusza medycznego oraz zaakceptowanie na tej podstawie ryzyka ubezpieczeniowego przez Ubezpieczyciela.

WARTOŚĆ ODSTĄPIENIA

§ 21.

- 21.1. Prawo do wypłaty Wartości odstąpienia przysługuje Ubezpieczającemu po trzech latach trwania Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że nie zaszło jedno ze zdarzeń, o których mowa w § 3-7.
- 21.2. Wartość odstąpienia jest równa Wartości Polisy, z zastrzeżeniem, że do dnia upływu trzeciej Rocznicy Polisy Strony Umowy ubezpieczenia uznawać będą, że Wartość Polisy nie powstaje z zastrzeżeniem ust. 21.3.
- 21.3. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana w trybie określonym w § 4 ust. 4.7 Ubezpieczyciel wypłaci Wartość odstąpienia równą Wartości Polisy.
- 21.4. Wartość Polisy powstaje ze Składek Podstawowych i Składek Dodatkowych, wpłacanych na Rachunek Jednostek funduszy, które następnie inwestowane są przez Ubezpieczyciela. Składki, za które nabywane są Jednostki funduszy oraz zyski z inwestycji powiększają Wartość Polisy.

PRAWA WŁASNOŚCI Z TYTUŁU UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 22.

- 22.1. Do dnia zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, wszelkie prawa wynikające z własności Polisy, w tym prawo do Jednostek funduszy zgromadzonych na Rachunku Jednostek funduszy kapitałowych, przysługują Ubezpieczającemu.
- 22.2. Ubezpieczający może przenieść prawa z Umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej. Ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność względem osoby, na rzecz której dokonano przeniesienia praw, pod warunkiem otrzymania od Ubezpieczającego pisemnego zawiadomienia o dokonanych zbyciu praw z Umowy ubezpieczenia, od dnia doręczenia tego zawiadomienia w siedzibie Ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skuteczność przeniesienia praw pomiędzy stronami.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23.

- 23.1. Wszelkie informacje, oświadczenia i wnioski adresowane do Ubezpieczyciela, powinny być przekazywane w formie pisemnej, na adres:

TUnŻ Cardif Polska S.A.
skrytka pocztowa 272
85-950 Bydgoszcz 1

- 23.2. Pisma Ubezpieczyciela skierowane pod ostatnio znany Ubezpieczycielowi adres Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego wywierają skutki prawne względem adresata pisma po upływie 30 dni od daty wysłania.
- 23.3. Sprawy sporne, wynikające ze stosunku ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Uposażonego z Umowy ubezpieczenia.

- 23.4 Wszelkie zmiany Umowy ubezpieczenia oraz oświadczenia związane z jej wykonaniem wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- 24.5. Niniejsze warunki ubezpieczenia, zatwierdzone przez Zarząd Ubezpieczyciela uchwałą z dnia 9 listopada 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

Prezes Zarządu



Jan Emyk Rościszewski

Członek Zarządu



Leszek Skop

Załącznik nr 1 do OWU

Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela

1. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „Cardif Bezpieczny” przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z dnia 9 listopada 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.
2. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy „Cardif Aktywny” przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z dnia 9 listopada 2010 roku, wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

Załącznik nr 2 do OWU

Oplaty ubezpieczeniowe obowiązujące u Ubezpieczyciela

- 1) wysokość opłaty administracyjnej - 1,5 PLN
- 2) wysokość opłaty za zmianę Funduszy Kapitałowych - 15 PLN
- 3) wysokość opłaty za udzielenie na życzenie Ubezpieczającego informacji o stanie rachunku jednostek Funduszu Kapitałowego wynosi pięciokrotność opłaty pocztowej za list krajowy zamiejscowy zwykły.

Ubezpieczyciel zachowuje prawo do rocznej waloryzacji opłat wskazanych w pkt. 1 – 2 powyżej w oparciu o wskaźnik średniego wzrostu cen towarów i usług ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Waloryzacja opłat nie stanowi zmiany OWU.

NOTATKI

Załącznik nr 3 do OWU

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Cardif Bezpieczny” przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z dnia 9 listopada 2010 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ubezpieczyciel prowadzi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy pod nazwą CARDIF BEZPIECZNY, zwany jest dalej Funduszem.
2. Fundusz prowadzony jest wyłącznie w celu inwestowania składek ubezpieczeniowych wpłacanych przez osoby fizyczne, osoby prawne oraz jednostki nie posiadające osobowości prawnej, które zawarły z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska SA (dalej zwanym Cardif) umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
3. Cardif może zawrzeć umowę o świadczenie usług w zakresie zarządzania portfelem papierów wartościowych z podmiotem posiadającym zezwolenie na zarządzanie cudzym pakietem papierów wartościowych na zlecenie. Umowa taka nie wyłącza odpowiedzialności Cardif w stosunku do Ubezpieczających za szkody spowodowane niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem obowiązków wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.
4. Cardif zobowiązuje się do inwestowania Aktywów Funduszu w najlepiej pojętym interesie Ubezpieczających i zgodnie z celem inwestycyjnym określonym w Regulaminie, zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Funduszu poprzez działania własne oraz podmiotów świadczących usługi i współpracujących z Cardif.
5. Czas trwania Funduszu jest nieograniczony.
6. Następujące terminy użyte w Regulaminie mają poniżej zdefiniowane znaczenie:
 - (i) Aktywa Funduszu – wydzielona część aktywów Cardif obejmująca środki z tytułu wpłat składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczających;
 - (ii) Dzień Wyceny - Dzień wyceny Aktywów Funduszu i ustalania Wartości Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu przypadający na piątnasty, a jeżeli jest to dzień wolny od pracy - pierwszy dzień roboczy po tej dacie oraz ostatni dzień roboczy każdego miesiąca;
 - (iii) Jednostka Funduszu - umowna jednostka stanowiąca część ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, mająca proporcjonalny udział w Aktywach Funduszu;
 - (iv) Rachunek Jednostek Funduszu - Komputerowa ewidencja danych prowadzona przez Cardif, zawierająca w szczególności:
 - dane identyfikujące Ubezpieczającego,
 - liczbę Jednostek Funduszu, posiadanych przez Ubezpieczającego,
 - datę nabycia, liczbę i cenę nabycia Jednostek Funduszu,
 - datę odliczenia, liczbę odliczonych Jednostek Funduszu oraz kwotę wypłaconą za odliczone Jednostki Funduszu;
 - (v) Ubezpieczający - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym;
 - (vi) Wartość Aktywów Netto Funduszu (WAN) - Wartość Aktywów Funduszu pomniejszona o zobowiązania Funduszu w Dniu Wyceny;
 - (vii) Wartość Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu (WANJU) - Wartość Jednostki Funduszu obliczona jako Wartość Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny podzielona

przez liczbę Jednostek Funduszu zarejestrowanych na Rachunkach Jednostek Funduszy wszystkich Ubezpieczających w Dniu Wyceny.

CEL I STRATEGIA INWESTYCYJNA FUNDUSZU

1. Celem inwestycyjnym Funduszu jest wzrost wartości jego aktywów w wyniku wzrostu wartości Aktywów Funduszu osiąganych głównie poprzez inwestycje w obligacje skarbowe i inne papiery dłużne oraz inne papiery wartościowe.
2. Ze względu na małą zmienność cen instrumentów finansowych, w które Cardif lokuje Aktywa Funduszu, wartość Jednostki Funduszu nie może ulegać istotnym zmianom. Cardif nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego w postaci wzrostu wartości jego aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
3. Cardif może lokować Aktywa Funduszu wyłącznie w:
 - (a) papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na giełdzie papierów wartościowych lub na regulowanym rynku pozagiełdowym, który działa regularnie i do którego dostęp nie jest ograniczony oraz jest uznany przez właściwy organ za spełniający warunki określone przepisami prawa,
 - (b) papiery wartościowe dopuszczone do obrotu publicznego nabywane w obrocie pierwotnym lub pierwszej ofercie publicznej, o ile warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w pkt. a), oraz gdy dopuszczenie do obrotu jest zapewnione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od dnia emisji,
 - (c) papiery wartościowe inne niż określone w pkt. a) i b), lub wierzytelności pieniężne o terminie wymagalności nie dłuższym niż rok, pod warunkiem, że są one zbywalne i ich wartość rynkowa może być ustalona w każdym Dniu Wyceny,
 - (d) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
 - (e) papiery wartościowe wymienione w Art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi, inne prawa pochodne z praw majątkowych będących przedmiotem lokat oraz transakcje terminowe wyłącznie dla ograniczenia ryzyka inwestycyjnego i przy uwzględnieniu celu inwestycyjnego Funduszu.
4. Cardif stosuje następujące zasady dywersyfikacji lokat i ograniczenia inwestycyjne:
 - (a) do 5% (pięć procent) wartości Aktywów Funduszu może być lokowane w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot oraz w wierzytelności wobec tego samego podmiotu. Limit tego rodzaju podwyższony jest do 10% (dziesięć procent) wartości Aktywów Funduszu pod warunkiem, że łączna wartość tego rodzaju lokat w papiery i wierzytelności poszczególnych podmiotów nie przekroczy 40% (czterdzieści procent) wartości Aktywów Funduszu,
 - (b) ograniczenia wymienione w punkcie a) nie dotyczą lokat w papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa i Narodowy Bank Polski,
 - (c) do 10% (dziesięć procent) wartości Aktywów Funduszu może wynosić łączna wartość lokat, o których mowa w pkt. 3c) niniejszego rozdziału,
 - (d) do 5% (pięć procent) wartości Aktywów Funduszu może wynosić łączna wartość lokat, o których mowa w pkt. 3d) niniejszego rozdziału.
5. Podstawowym kryterium doboru lokat są analiza fundamentalna i ocena występujących trendów rynkowych. Przy wyborze przedmiotu inwestycji Cardif dąży do zakupu akcji spółek rokujących ponadprzeciętny wzrost wartości w średnim i długim terminie.
6. Cardif utrzymuje, wyłącznie w zakresie niezbędnym do zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu, część Aktywów Funduszu na rachunkach bankowych.

7. Dochody osiągnięte przez Cardif z dokonywanych inwestycji Funduszu powiększają wartość Aktywów Funduszu i odpowiednio wartość Jednostek Funduszu.

CECHY JEDNOSTKI FUNDUSZU

1. Jednostki Funduszu reprezentują jednakowe prawa majątkowe.
2. Jednostki Funduszu są podzielne.
3. Jednostki Funduszu nie są oprocentowane.
4. Jednostki Funduszu, stanowiąc umowne jednostki wchodzące w skład aktywów Cardif wyodrębnionych w ramach Funduszu, nie mogą być zbywane przez Ubezpieczającego na rzecz osób trzecich lub rozporządzane w inny sposób niż na zasadach określonych w Regulaminie i umowie ubezpieczenia.
5. Wartość Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu może ulegać zmianie.
6. Wartość początkowa Jednostki Funduszu wynosi w dniu 31 grudnia 2003 roku 8.89402 zł.

CENA JEDNOSTKI FUNDUSZU I OPŁATY MANIPULACYJNE

1. Ceną Jednostki Funduszu jest cena ustalana przez Cardif przez podzielenie Wartości Aktywów Netto Funduszu przez liczbę Jednostek Funduszu zgodnie z zasadami ustalania Wartości Aktywów Netto Funduszu przewidzianymi w Regulaminie.
2. Jednostki Funduszu są naliczane i odliczane z Rachunku Jednostek Funduszu po cenie równej Wartości Aktywów Netto na Jednostkę Funduszu w Dniu Wyceny, w którym nastąpiło naliczenie lub odliczenie.
3. Cardif nie pobiera opłaty manipulacyjnej za naliczanie i odliczanie Jednostek Funduszu.

NALICZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Cardif nalicza Jednostki Funduszu na rzecz Ubezpieczających każdego Dnia Wyceny.
2. Jednostki Funduszu naliczane są w chwili wpisania do Rachunku Jednostek Funduszu liczbą Jednostek Funduszu naliczonych za dokonaną wpłatą.
3. Naliczenie Jednostek Funduszu następuje po cenie Jednostki Funduszu z dnia naliczenia.

ZASADY ODLICZANIA JEDNOSTEK FUNDUSZU

1. Cardif odlicza Jednostki Funduszu z Rachunku Jednostek Funduszu każdego Dnia Wyceny na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Odliczenie Jednostek Funduszu z Rachunku Jednostek Funduszu następuje wyłącznie w wypadkach określonych w umowie ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia i Regulaminie.
3. Jednostki Funduszu odliczane są przez Cardif w chwili wpisania do Rachunku Jednostek Funduszu ilości odliczonych Jednostek Funduszu.
4. Odliczenie następuje po cenie Jednostek Funduszu obowiązującej w dniu odliczenia.

USTALANIE WARTOŚCI AKTYWÓW NETTO FUNDUSZU

1. Wartość Aktywów Netto Funduszu ustalana jest w Dniu Wyceny.
2. Wartość Aktywów Netto Funduszu jest równa Wartości Aktywów Funduszu, pomniejszonych o zobowiązania Funduszu w Dniu Wyceny.
3. Wartość Aktywów Netto Funduszu przypadająca na Jednostkę Funduszu jest równa Wartości Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny, podzielonej przez liczbę Jednostek Funduszu, ustaloną na podstawie Rachunków Jednostek Funduszu wszystkich Ubezpieczających w Dniu Wyceny.

4. Środki pieniężne przekazane wraz ze zleceniem nabycia Jednostek Funduszu powiększają Wartości Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny następującym po Dniu Wyceny, w którym nastąpiło nabycie Jednostek Funduszu.
5. Wycena Aktywów Funduszu i ustalenie zobowiązań Funduszu następuje według wartości rynkowej z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
6. W Dniu Wyceny Aktywa Funduszu, z wyłączeniem kontraktów terminowych, wycenia się, z zastrzeżeniem ust. 4, w następujący sposób:
 - (a) papiery wartościowe notowane na rynku regulowanym, z zastrzeżeniem ust. b) i c), w oparciu o ogłaszany dla papierów wartościowych ostatni kurs zamknięcia,
 - (b) prawa majątkowe nie będące papierami wartościowymi notowane na rynku regulowanym według zasad określonych w pkt a),
 - (c) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny, o których mowa w pkt a), lecz które są przedmiotem wtórnego obrotu na zasadach określonych w art. 92 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. - Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi odpowiednio według zasad określonych w pkt a),
 - (d) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny o których mowa w a) i c) według ostatniej, najniższej odpowiednio ceny lub wartości:
 - i. zaproponowanej w wyniku ogłoszenia wezwania,
 - ii. po jakiej zawarto pakietową transakcję przedsesyjną,
 - iii. aktywów netto na jednostkę Funduszu ogłoszonej przez Cardif z uwzględnieniem zmian wartości tych papierów wartościowych spowodowanych zdarzeniami mającymi wpływ na ich wartość rynkową,
 - (e) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny, o których mowa w pkt a),c) i d) w oparciu o ostatnią z cen po jakiej nabywano papiery wartościowe na rynku pierwotnym lub w pierwszej ofercie publicznej, powiększoną o wartość rynkową prawa poboru niezbędnego do ich objęcia w dniu wygaśnięcia tego prawa, a w przypadku gdy zostały określone różne ceny dla nabywców, w oparciu o średnią cenę nabycia, ważoną wolumenem nabytych papierów wartościowych, o ile cena ta została podana do publicznej wiadomości, z uwzględnieniem zmian wartości tych papierów wartościowych, spowodowanych zdarzeniami mającymi wpływ na ich wartość rynkową,
 - (f) jednostki Funduszu - według ostatniej ogłoszonej przez fundusz Wartości Aktywów Netto na Jednostkę Funduszu.
7. Jeżeli papiery wartościowe posiadane przez Cardif w ramach Funduszu nie spełniają warunków określonych w ust. 2, ale spełniają je papiery wartościowe tożsame w prawach z papierami wartościowymi posiadanyymi przez Cardif w ramach Funduszu, to dla potrzeb wyceny papiery wartościowe posiadane przez Cardif w ramach Funduszu traktuje się jakby były papierami wartościowymi spełniającymi te warunki.
8. Papiery wartościowe od otrzymania, do chwili dokonania odpowiedniego zapisu na rachunku papierów wartościowych Cardif posiadanych w ramach Funduszu, wycenia się stosując metody wyceny określone dla tych papierów wartościowych.
9. Papiery wartościowe notowane na rynku regulowanym wyceniane są zgodnie z kursami zamknięcia głównego rynku, na którym papiery te są notowane. Rynkiem głównym dla danego papieru wartościowego jest rynek wskazany jako główny przez serwisy informacyjne (Reuters).

10. W przypadku, gdy serwisy informacyjne nie wskazują rynku głównego dla danego papieru wartościowego, za rynek główny dla danego papieru wartościowego będzie uznany rynek, na którym wolumen obrotu w ostatnim tygodniu danego kwartału kalendarzowego jest największy.
11. Wartość transakcji terminowych ustala się według bieżącej wartości depozytu zabezpieczającego powiększonego lub pomniejszonego odpowiednio o zrealizowane zyski lub straty.
12. Papiery wartościowe, w przypadku których nie ma możliwości stałego określania ich wartości rynkowej, nabyte z dyskontem lub premią wycenia się w oparciu o odpis dyskonta lub amortyzację premii.
13. Odpis dyskonta zalicza się do przychodów z lokat proporcjonalnie do częstotliwości ustalania Wartości Aktywów Netto w Dniu Wyceny.
14. Amortyzacje premii zalicza się do kosztów operacyjnych proporcjonalnie do częstotliwości ustalania Wartości Aktywów Netto w Dniach Wyceny.
15. W dniu wyceny zobowiązania z tytułu papierów wartościowych do dostarczenia, do chwili dokonania odpowiedniego zapisu na rachunku papierów wartościowych Cardif posiadanych w ramach Funduszu, ustala się według metod wyceny określonych dla tych papierów wartościowych.
16. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie jest możliwa wycena papierów wartościowych w sposób określony powyżej, Cardif działając w dobrej wierze oszacuje wartość tych papierów przy użyciu kryteriów zbliżonych do opisanych powyżej uwzględniając interes Ubezpieczających.
17. W przypadku wprowadzenia metody wymienionej w ust. 16, Cardif przed jej wprowadzeniem zasięgnie opinii niezależnego biegłego rewidenta.
18. Zastosowanie metody wymienionej w ust. 16 zostanie zaprezentowane w sprawozdaniach finansowych Funduszu, w zakresie i w formie wymaganej przepisami prawa.

KOSZTY FUNDUSZU

1. Za zarządzanie Funduszem Ubezpieczyciel pobiera wynagrodzenie w wysokości 1,26% w skali roku od średniej rocznej Wartości Aktywów Netto Funduszu w danym roku.
2. Ze środków Funduszu pokrywane są takie koszty jak:
 - (a) opłaty dla Depozytariusza, prowizje maklerskie i bankowe,
 - (b) podatki i inne obciążenia nakładane przez właściwe organy państwowe w związku z działalnością Funduszu.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE FUNDUSZU

1. Cardif będzie publikować informacje o wartości Jednostki Funduszu na stronie www.cardif.pl oraz w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, niezwłocznie po jej ustaleniu.
2. Cardif będzie sporządzać i publikować półroczne i roczne sprawozdania Funduszu, w zakresie i w formie wymaganej przepisami prawa.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nie uregulowanych w Regulaminie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z dnia 16 lipca 2003, Nr 124, poz. 1151).

Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Cardif Aktywny” przyjęty uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z dnia 9 listopada 2010 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ubezpieczyciel prowadzi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy pod nazwą CARDIF AKTYWNY, zwany jest dalej Funduszem.
2. Fundusz prowadzony jest wyłącznie w celu inwestowania składek ubezpieczeniowych wpłacanych przez osoby fizyczne, osoby prawne, oraz jednostki nie posiadające osobowości prawnej, które zawarły z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. (dalej zwanym Cardif) umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
3. Cardif może zawrzeć umowę o świadczenie usług w zakresie zarządzania portfelem papierów wartościowych z podmiotem posiadającym zezwolenie na zarządzanie cudzym pakietem papierów wartościowych na zlecenie. Umowa taka nie wyłącza odpowiedzialności Cardif w stosunku do Ubezpieczających za szkody spowodowane niewykonaniem lub nienależytym wykonaniem obowiązków wynikających z zawartej umowy ubezpieczenia.
4. Cardif zobowiązuje się do inwestowania Aktywów Funduszu w najlepiej pojętym interesie Ubezpieczających i zgodnie z celem inwestycyjnym określonym w Regulaminie, zapewnienia prawidłowego funkcjonowania Funduszu poprzez działania własne oraz podmiotów świadczących usługi i współpracujących z Cardif.
5. Czas trwania Funduszu jest nieograniczony.
6. Następujące terminy użyte w Regulaminie mają poniżej zdefiniowane znaczenie:
 - (i) Aktywa Funduszu- wydzielona część aktywów Cardif obejmująca środki z tytułu wpłat składek ubezpieczeniowych przez Ubezpieczających;
 - (ii) Dzień Wyceny Dzień wyceny Aktywów Funduszu i ustalania Wartości Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu przypadający na piętnasty, a jeżeli jest to dzień wolny od pracy - pierwszy dzień roboczy po tej dacie oraz ostatni dzień roboczy każdego miesiąca,
 - (iii) Jednostka Funduszu - Umowna jednostka stanowiąca część ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, mająca proporcjonalny udział w Aktywach Funduszu,
 - (iv) Rachunek Jednostek Funduszu - Komputerowa ewidencja danych prowadzona przez Cardif, zawierająca w szczególności:
 - dane identyfikujące Ubezpieczającego,
 - liczbę Jednostek Funduszu, posiadanych przez Ubezpieczającego,
 - datę nabycia, liczbę i cenę nabycia Jednostek Funduszu,
 - datę odliczenia, liczbę odliczonych Jednostek Funduszu oraz kwotę wypłaconą za odliczone Jednostki Funduszu;
 - (v) Ubezpieczający - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska SA umowę ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym,
 - (vi) Wartość Aktywów Netto Funduszu (WAN) - Wartość Aktywów Funduszu pomniejszona o zobowiązania Funduszu w Dniu Wyceny.
 - (vii) Wartość Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu (WANJU) - Wartość Jednostki Funduszu obliczona jako Wartość Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny podzielona przez liczbę Jednostek Funduszu zarejestrowanych na Rachunku Jednostek Funduszu wszystkich Ubezpieczających w Dniu Wyceny.

CEL I STRATEGIA INWESTYCYJNA FUNDUSZU

1. Celem inwestycyjnym Funduszu jest wzrost wartości jego aktywów w wyniku wzrostu wartości Aktywów Funduszu osiąganych głównie poprzez inwestycje w obligacje skarbowe i inne papiery dłużne, akcje spółek publicznych, akcje spółek niepublicznych oraz inne papiery wartościowe.
2. Ze względu na dużą zmienność cen instrumentów finansowych, w które Fundusz lokuje Aktywa Funduszu, wartość Jednostki Uczestnictwa może ulegać istotnym zmianom. Fundusz nie gwarantuje osiągnięcia celu inwestycyjnego w postaci wzrostu wartości jego aktywów w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
3. Cardif może lokować Aktywa Funduszu wyłącznie w:
 - (a) papiery wartościowe dopuszczone do obrotu na giełdzie papierów wartościowych lub na regulowanym rynku pozagiełdowym, który działa regularnie i do którego dostęp nie jest ograniczony oraz jest uznany przez właściwy organ za spełniający warunki określone przepisami prawa,
 - (b) papiery wartościowe dopuszczone do obrotu publicznego nabywane w obrocie pierwotnym lub pierwszej ofercie publicznej, o ile warunki emisji lub pierwszej oferty publicznej zakładają złożenie wniosku o dopuszczenie do obrotu, o którym mowa w pkt. a), oraz gdy dopuszczenie do obrotu jest zapewnione w okresie nie dłuższym niż jeden rok od dnia emisji,
 - (c) papiery wartościowe inne niż określone w pkt. a) i b), lub wierzytelności pieniężne o terminie wymagalności nie dłuższym niż rok, pod warunkiem, że są one zbywalne i ich wartość rynkowa może być ustalona w każdym Dniu Wyceny,
 - (d) jednostki uczestnictwa w funduszach inwestycyjnych otwartych mających siedzibę na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,
 - (e) papiery wartościowe wymienione w Art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi, inne prawa pochodne z praw majątkowych będących przedmiotem lokat oraz transakcje terminowe wyłącznie dla ograniczenia ryzyka inwestycyjnego i przy uwzględnieniu celu inwestycyjnego Funduszu.
4. Cardif stosuje następujące zasady dywersyfikacji lokat i ograniczenia inwestycyjne:
 - (a) do 5% (pięć procent) wartości Aktywów Funduszu może być lokowane w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot oraz w wierzytelności wobec tego samego podmiotu. Limit tego rodzaju podwyższony jest do 10% (dziesięć procent) wartości Aktywów Funduszu pod warunkiem, że łączna wartość tego rodzaju lokat w papiery i wierzytelności poszczególnych podmiotów nie przekroczy 40% (czterdzieści procent) wartości Aktywów Funduszu,
 - (b) ograniczenia wymienione w punkcie a) nie dotyczą lokat w papiery wartościowe emitowane lub gwarantowane przez Skarb Państwa i Narodowy Bank Polski,
 - (c) do 10% (dziesięć procent) wartości Aktywów Funduszu może wynosić łączna wartość lokat, o których mowa w pkt. 3c) niniejszego rozdziału,
 - (d) do 5% (pięć procent) wartości Aktywów Funduszu może wynosić łączna wartość lokat, o których mowa w pkt. 3 d) niniejszego rozdziału.
5. Podstawowym kryterium doboru lokat są analiza fundamentalna i ocena występujących trendów rynkowych. Przy wyborze przedmiotu inwestycji Cardif dąży do zakupu akcji spółek rokujących ponadprzeciętny wzrost wartości w średnim i długim terminie.
6. Cardif utrzymuje, wyłącznie w zakresie niezbędnym do zaspokojenia bieżących zobowiązań Funduszu, część Aktywów Funduszu na rachunkach bankowych.
7. Dochody osiągnięte przez Cardif z dokonywanych inwestycji Funduszu powiększają wartość Aktywów Funduszu i odpowiednio wartość Jednostek Funduszu.

CECHY JEDNOSTKI FUNDUSZU

1. Jednostki Funduszu reprezentują jednakowe prawa majątkowe.
2. Jednostki Funduszu są podzielne.
3. Jednostki Funduszu nie są oprocentowane.
4. Jednostki Funduszu, stanowiąc umowne jednostki wchodzące w skład aktywów Cardif wyodrębnionych w ramach Funduszu, nie mogą być zbywane przez Ubezpieczającego na rzecz osób trzecich, lub rozporządzane w inny sposób niż na zasadach określonych w Regulaminie i umowie ubezpieczenia.
5. Wartość Aktywów Netto Funduszu na Jednostkę Funduszu może ulegać zmianie.
6. Wartość początkowa Jednostki Uczestnictwa wynosi w dniu 31 grudnia 2003 roku 2,01159 zł.

CENA JEDNOSTKI FUNDUSZU I OPLĄTY MANIPULACYJNE

1. Ceną Jednostki Funduszu jest cena ustalana przez Cardif przez podzielenie Wartości Aktywów Netto Funduszu przez liczbę Jednostek Funduszu zgodnie z zasadami ustalania Wartości Aktywów Netto Funduszu przewidzianymi w Regulaminie.
2. Jednostki Funduszu są naliczane i odliczane z Rachunku Jednostek Funduszu po cenie równej Wartości Aktywów Netto na Jednostkę Funduszu w Dniu Wyceny, w którym nastąpiło naliczenie lub odliczenie.
3. Cardif nie pobiera opłaty manipulacyjnej za naliczanie i odliczanie Jednostek Funduszu.

NALICZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Cardif nalicza Jednostki Funduszu na rzecz Ubezpieczających każdego Dnia Wyceny.
2. Jednostki Funduszu naliczane są w chwili wpisania do Rachunku Jednostek Funduszu liczby Jednostek Funduszu naliczonych za dokonaną wpłatą.
3. Naliczenie Jednostek Funduszu następuje po cenie Jednostki Funduszu z dnia naliczenia.

ZASADY ODLICZANIA JEDNOSTEK FUNDUSZU

1. Cardif odlicza Jednostki Funduszu z Rachunku Jednostek Funduszu każdego Dnia Wyceny na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. Odliczenie Jednostek Funduszu z Rachunku Jednostek Funduszu następuje wyłącznie w wypadkach określonych w umowie ubezpieczenia i na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia i Regulaminie.
3. Jednostki Funduszu odliczane są przez Cardif w chwili wpisania do Rachunku Jednostek Funduszu ilości odliczonych Jednostek Funduszu.
4. Odliczenie następuje po cenie Jednostek Funduszu obowiązującej w dniu odliczenia.

USTALANIE WARTOŚCI AKTYWÓW NETTO FUNDUSZU

1. Wartość Aktywów Netto Funduszu ustalana jest w Dniu Wyceny.
2. Wartość Aktywów Netto Funduszu jest równa Wartości Aktywów Funduszu, pomniejszonych o zobowiązania Funduszu w Dniu Wyceny.
3. Wartość Aktywów Netto Funduszu przypadająca na Jednostkę Uczestnictwa jest równa Wartości Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny, podzielonej przez liczbę Jednostek Uczestnictwa, ustaloną na podstawie Rachunków Jednostek Funduszu wszystkich Ubezpieczających w Dniu Wyceny.
4. Środki pieniężne przekazane wraz ze zleceniem nabycia Jednostek Funduszu powiększają Wartość Aktywów Netto Funduszu w Dniu Wyceny następującym po Dniu Wyceny, w którym nastąpiło nabycie Jednostek Funduszu.

5. Wycena Aktywów Funduszu i ustalenie zobowiązań Funduszu następuje według wartości rynkowej z zachowaniem zasad ostrożnej wyceny.
6. W Dniu Wyceny Aktywa Funduszu, z wyłączeniem kontraktów terminowych, wycenia się, z zastrzeżeniem ust. 4, w następujący sposób:
 - (a) papiery wartościowe notowane na rynku regulowanym, z zastrzeżeniem ust. b) i c), w oparciu o ogłaszany dla papierów wartościowych ostatni kurs zamknięcia,
 - (b) prawa majątkowe nie będące papierami wartościowymi notowane na rynku regulowanym według zasad określonych w pkt a),
 - (c) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny, o których mowa w pkt a), lecz które są przedmiotem wtórnego obrotu na zasadach określonych w art. 92 ustawy z dnia 21 sierpnia 1997 r. - Prawo o publicznym obrocie papierami wartościowymi odpowiednio według zasad określonych w pkt a),
 - (d) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny o których mowa w a) i c) według ostatniej, najniższej odpowiednio ceny lub wartości:
 - i. zaproponowanej w wyniku ogłoszenia wezwania,
 - ii. po jakiej zawarto pakietową transakcję przedsesyjną,
 - iii. aktywów netto na jednostkę Funduszu ogłoszonej przez Cardif z uwzględnieniem zmian wartości tych papierów wartościowych spowodowanych zdarzeniami mającymi wpływ na ich wartość rynkową,
 - (e) papiery wartościowe dopuszczone do publicznego obrotu, dla których nie jest możliwe zastosowanie metod wyceny, o których mowa w pkt a),c) i d) w oparciu o ostatnią z cen po jakiej nabywano papiery wartościowe na rynku pierwotnym lub w pierwszej ofercie publicznej, powiększoną o wartość rynkową prawa poboru niezbędnego do ich objęcia w dniu wygaśnięcia tego prawa, a w przypadku gdy zostały określone różne ceny dla nabywców, w oparciu o średnią cenę nabycia, ważoną wolumenem nabytych papierów wartościowych, o ile cena ta została podana do publicznej wiadomości, z uwzględnieniem zmian wartości tych papierów wartościowych, spowodowanych zdarzeniami mającymi wpływ na ich wartość rynkową,
 - (f) jednostki Funduszu- według ostatniej ogłoszonej przez fundusz Wartości Aktywów Netto na jednostkę Funduszu.
7. Jeżeli papiery wartościowe posiadane przez Cardif w ramach Funduszu nie spełniają warunków określonych w ust. 2, ale spełniają je papiery wartościowe tożsame w prawach z papierami wartościowymi posiadanymi przez Cardif w ramach Funduszu, to dla potrzeb wyceny papiery wartościowe posiadane przez Cardif w ramach Funduszu traktuje się jakby były papierami wartościowymi spełniającymi te warunki.
8. Papiery wartościowe od otrzymania, do chwili dokonania odpowiedniego zapisu na rachunku papierów wartościowych Cardif posiadanych w ramach Funduszu, wycenia się stosując metody wyceny określone dla tych papierów wartościowych.
9. Papiery wartościowe notowane na rynku regulowanym wyceniane są zgodnie z kursami zamknięcia głównego rynku, na którym papiery te są notowane. Rynkiem głównym dla danego papieru wartościowego jest rynek wskazany jako główny przez serwisy informacyjne (Reuters).
10. W przypadku, gdy serwisy informacyjne nie wskazują rynku głównego dla danego papieru wartościowego, za rynek główny dla danego papieru wartościowego będzie uznany rynek, na którym wolumen obrotu w ostatnim tygodniu danego kwartału kalendarzowego jest największy.

11. Wartość transakcji terminowych ustala się według bieżącej wartości depozytu zabezpieczającego powiększonego lub pomniejszonego odpowiednio o zrealizowane zyski lub straty.
12. Papiery wartościowe, w przypadku których nie ma możliwości stałego określenia ich wartości rynkowej, nabyte z dyskontem lub premią wycenia się w oparciu o odpis dyskonta lub amortyzację premii.
13. Odpis dyskonta zalicza się do przychodów z lokat proporcjonalnie do częstotliwości ustalania Wartości Aktywów Netto w Dniu Wyceny.
14. Amortyzacje premii zalicza się do kosztów operacyjnych proporcjonalnie do częstotliwości ustalania Wartości Aktywów Netto w Dniach Wyceny.
15. W dniu wyceny zobowiązania z tytułu papierów wartościowych do dostarczenia, do chwili dokonania odpowiedniego zapisu na rachunku papierów wartościowych Cardif posiadanych w ramach Funduszu, ustala się według metod wyceny określonych dla tych papierów wartościowych.
16. Jeżeli z jakiegokolwiek powodu nie jest możliwa wycena papierów wartościowych w sposób określony powyżej, Cardif działając w dobrej wierze oszacuje wartość tych papierów przy użyciu kryteriów zbliżonych do opisanych powyżej uwzględniając interes Ubezpieczających.
17. W przypadku wprowadzenia metody wymienionej w ust. 16, Cardif przed jej wprowadzeniem zasięgnie opinii niezależnego biegłego rewidenta.
18. Zastosowanie metody wymienionej w ust. 16 zostanie zaprezentowane w sprawozdaniach finansowych Funduszu, w zakresie i w formie wymaganej przepisami prawa.

KOSZTY FUNDUSZU

1. Za zarządzanie Funduszem Ubezpieczyciel otrzymuje wynagrodzenie w wysokości 1,752% w skali roku od średniej rocznej Wartości Aktywów Netto Funduszu w danym roku.
2. Ze środków Funduszu pokrywane są takie koszty jak:
 - (a) opłaty dla Depozytariusza, prowizje maklerskie i bankowe,
 - (b) podatki i inne obciążenia nakładane przez właściwe organy państwowe w związku z działalnością Funduszu.

OBOWIĄZKI INFORMACYJNE FUNDUSZU

1. Cardif będzie publikować informacje o wartości Jednostki Funduszu na stronie www.cardif.pl oraz w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim, niezwłocznie po jej ustaleniu.
2. Cardif będzie sporządzać i publikować półroczne i roczne sprawozdania Funduszu, w zakresie i w formie wymaganej przepisami prawa.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

W sprawach nie uregulowanych w Regulaminie zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z dnia 16 lipca 2003, Nr 124, poz. 1151).

Załącznik nr 4 do OWU

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Wystąpienia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku

Postanowienia ogólne

§ 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zwane dalej OWDIU mają zastosowanie w dodatkowej umowie ubezpieczenia zawieranej jako umowa ubezpieczenia dodatkowego do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego Pocztylion Życie z dnia 9 listopada 2010 roku, wprowadzonych w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku, zwanych dalej OWU.
2. Użyтым w OWDIU określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, używanym zaś w OWDIU określeniom nadaje się poniższe znaczenie:
 - 1) dodatkowa umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWDIU,
 - 2) nieszczęśliwy wypadek - nagłe zdarzenie wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ani od stanu zdrowia Ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 3) trwały uszczerbek na zdrowiu - trwałe fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony w okresie odpowiedzialności Ubezpieczyciela, powodujące upośledzenie czynności organizmu nie rokujące poprawy,
 - 4) Ubezpieczyciel - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.,
 - 5) umowa ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU.
3. OWDIU nie stanowią samodzielnej podstawy do zawierania umów ubezpieczenia.
4. Ubezpieczony jest objęty ochroną ubezpieczeniową przewidzianą w OWDIU wyłącznie w okresie, w którym objęty jest ochroną przewidzianą w umowie ubezpieczenia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek Ubezpieczającego wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub w rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia, pod warunkiem złożenia pisemnego wniosku wyrażającego wolę zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostaje przedłużona na następny rok, o ile obowiązuje umowa ubezpieczenia.
8. Oświadczenie Ubezpieczającego wyrażające wolę nieprzedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres winno być złożone na piśmie, nie później niż 60 dni przed upływem okresu, na jaki dodatkowa umowa została zawarta.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zdarzeniem, w razie, którego Ubezpieczyciel wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

Rozpoczęcie i zakończenie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 3.

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w stosunku do Ubezpieczonego rozpoczyna się zgodnie z zasadami przyjętymi w umowie ubezpieczenia.
2. Zakończenie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do Ubezpieczonego następuje w wypadkach wskazanych w OWU, a ponadto:
 - 1) w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca, w którym Ubezpieczony kończy 60 rok życia.

Suma ubezpieczenia

§ 4.

1. Suma ubezpieczenia z tytułu dodatkowej umowy jest równa kwocie 300 złotych i jest podstawą do ustalenia wysokości świadczenia.

Składka

§ 5.

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest opłacić składki w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest w tych samych terminach, co składka z tytułu umowy ubezpieczenia.

Procedura wypłaty świadczeń

§ 6.

1. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia, Ubezpieczyciel, w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania, kieruje do osób uprawnionych informację o dokumentach, jakie należy przedłożyć celem uzyskania wypłaty świadczenia. Osoba uprawniona jest zobowiązana złożyć odpowiednie dokumenty, do których należą w szczególności:
 - 1) dokumenty poświadczające tożsamość Ubezpieczonego,
 - 2) dokumenty potwierdzające wystąpienie nieszczęśliwego wypadku np. raport policyjny, decyzja prokuratury o umorzeniu śledztwa,
 - 3) dokumentację medyczną z przebiegu leczenia i rehabilitacji,
 - 4) zaświadczenie o zakończeniu leczenia i rehabilitacji,
 - 5) pisemne wskazanie przez Ubezpieczonego sposobu spełnienia świadczenia (np.: przelew).
2. Z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie równe sumie ubezpieczenia za każdy jeden procent ustalonego uszczerbku na zdrowiu.
3. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego ustalany jest przez komisję lekarską, wyznaczoną przez Ubezpieczyciela, po zakończeniu procesu leczenia i rehabilitacji.
4. Jeżeli wskutek nieszczęśliwego wypadku uszkodzeniu uległ organ, narząd lub układ, którego funkcje były już wcześniej uszkodzone, procent trwałego uszczerbku na zdrowiu określa się jako różnicę między stanem po wypadku a stanem istniejącym bezpośrednio przed wypadkiem.
5. W celu ustalenia stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie.
6. Koszt badań, o których mowa w ust. 5 ponosi Ubezpieczyciel.
7. Jeżeli po ustaleniu wysokości powstałego wskutek nieszczęśliwego wypadku uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego i spełnieniu świadczenia nastąpi pogorszenie stanu zdrowia

- Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel ponownie ustali wysokość trwałego uszczerbku na zdrowiu w następstwie nieszczęśliwego wypadku i dokona wypłaty dodatkowej części świadczenia, z zastrzeżeniem, że pogorszenie stanu zdrowia nie może nastąpić później niż w ciągu 2 lat od wystąpienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela.
8. W ciągu 30 dni od otrzymania zgłoszenia roszczenia Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w sposób wskazany przez Ubezpieczonego.
 9. Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, Ubezpieczyciel spełni świadczenie w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
 10. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest Ubezpieczony.
 11. Prawo do świadczenia przysługuje, jeżeli uszczerbek na zdrowiu wystąpił nie później niż w okresie 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.
 12. Z dniem ustalenia przez Ubezpieczyciela 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego, odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego Ubezpieczonego, wygasa.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7.

1. Ubezpieczyciel jest zwolniony od odpowiedzialności z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, gdy uszczerbek nastąpił w wyniku:
 - 1) udziału Ubezpieczonego w działaniach wojennych, działaniach zbrojnych, zamieszkach, świadomego i dobrowolnego uczestnictwa Ubezpieczonego w aktach przemocy, chyba że jego udział w aktach przemocy wynikał ze stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej,
 - 2) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa,
 - 3) samobójstwa lub próby samobójstwa, które miały miejsce w ciągu pierwszych dwóch lat od objęcia Ubezpieczonego ochroną Ubezpieczeniową,
 - 4) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych środków toksycznych za wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zlecony,
 - 5) wykonywania standardowych praktyk medycznych przez osoby nie posiadające odpowiednich kwalifikacji, chyba że praktyki te były wykonane w sytuacji zagrożenia życia Ubezpieczonego, w celu jego ratowania,
 - 6) poddanie się Ubezpieczonego operacjom chirurgicznym lub kosmetycznym,
 - 7) uprawiania przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: sporty motorowe oraz motorowodne, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, wspinaczka górską i skałkowa, rafting, speleologia, skoki na gumowej linie,
 - 8) prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem lub pojazdu niedopuszczonego do ruchu,
 - 9) samookaleczenia lub uszkodzenia ciała na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności.

Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia

§ 8.

1. Zasady rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia zgodne są z zasadami przyjętymi dla umowy ubezpieczenia.

2. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
3. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 9.

1. W sprawach, które nie zostały uregulowane w niniejszych OWDIU, stosuje się odpowiednio zapisy OWU.
2. Niniejsze OWDIU zostały zatwierdzone Uchwałą Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A z dnia 9 listopada 2010 roku i wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2011 roku.

Prezes Zarządu



Jan Emeryk Rościszewski

Członek Zarządu



Leszek Skop

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

Pl. Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa, Tel. 801 801 111, +48 22 319 0000, Fax + 48 22 529 0101, NIP 525-20-30-109

Spółka zarejestrowana w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy,

XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS: 0000048866

Zarząd w składzie: Jan Emeryk Rościszewski – Prezes Zarządu, Leszek Jan Skop – Członek Zarządu

Kapitał akcyjny wynosi 30 000 000 zł i jest w pełni opłacony.

NOTATKI



CARDIF
BNP PARIBAS GROUP

| Ensuring your trust



Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A.

INFOLINIA 801 801 111

www.cardif.pl
e-mail: cardif@cardif.pl