



Szczególne Warunki Ubezpieczenia
Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym
funduszem kapitałowym
Panorama Funduszy

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Ubezpieczenia (SWU) Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Panorama Funduszy (zwane dalej SWU) stosuje się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr HZ0000001, zawartą przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **ubezpieczycielem**, z BNP Paribas Bank Polska Spółka Akcyjna, zwanym dalej **ubezpieczającym**.
2. Użyte w niniejszych SWU określenia oznaczają:
 - 1) **deklaracja przystąpienia/certyfikat ubezpieczenia (zwany dalej deklaracja/certyfikat)** – oświadczenie woli ubezpieczonego, stanowiące zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia składane na odpowiednim formularzu za pośrednictwem ubezpieczającego, będące jednocześnie potwierdzeniem objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 2) **deklaracja przystąpienia** - oświadczenie woli ubezpieczonego, stanowiące zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy ubezpieczenia składane na odpowiednim formularzu za pośrednictwem ubezpieczającego
 - 3) **certyfikat ubezpieczenia** - dokument potwierdzający objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową,
 - 4) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu wskazanym jako początek okresu ubezpieczenia; jeśli jest to ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesięcy kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 5) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek, na jednostki uczestnictwa Funduszu,
 - 6) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych SWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 7) **Zasady** - Zasady Działania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, będące załącznikiem do SWU, określające zasady funkcjonowania i strategię Funduszy oferowanych przez ubezpieczyciela,
 - 8) **rocznica ubezpieczenia** – rocznicę początku okresu ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego, tj. dzień, który datą odpowiada początkowi okresu ubezpieczenia. W przypadku deklaracji/certyfikatów podpisywanych ostatniego dnia lutego oraz certyfikatów ubezpieczenia wystawianych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania okresu ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego,
 - 9) **rok ubezpieczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia,
 - 10) **składka jednorazowa** – składkę w wysokości wskazanej w deklaracji /certyfikacie lub w deklaracji przystąpienia płatną przez ubezpieczonego z zastrzeżeniem, iż wysokość wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki jednorazowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych SWU
 - 11) **składka dodatkowa** – składkę płatną przez ubezpieczonego w dowolnych terminach w czasie okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów,
 - 12) **ubezpieczający** - BNP Paribas Bank Polska Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Suwak 3,
 - 13) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, która podpisała deklarację/certyfikat lub deklarację przystąpienia i której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową,
 - 14) **ubezpieczyciel** - Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87,
 - 15) **umowa ubezpieczenia** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawartą między ubezpieczycielem a ubezpieczającym, potwierdzoną polisą nr HZ0000001,
 - 16) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 17) **świadczenie** - kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia,
 - 18) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 17,
 - 19) **wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 17.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zgon ubezpieczonego.

SKŁADKA

§ 3

1. Składka jednorazowa należna za danego ubezpieczonego opłacana przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia, nie może być niższa niż

- minimalna wysokość składki wskazana w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do niniejszych SWU.
2. Ubezpieczony opłaca składkę jednorazową najpóźniej:
 - a) w dniu podpisania deklaracji/certyfikatu,
 - b) w następnym dniu roboczym po dniu podpisania deklaracji przystąpienia.
 3. Ubezpieczony ma prawo dokonywania wpłat składki dodatkowej na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela, w dowolnych terminach, w czasie okresu ubezpieczenia.
 4. Za dzień wpłaty składki jednorazowej lub dodatkowej uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4

Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 równa jest wartości wykupu, określonej w § 17.

PRZYSTĄPIENIE DO UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu przystąpienia do umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat.
2. Ubezpieczony przystępuje do umowy ubezpieczenia na czas nieokreślony.
3. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje poprzez:
 - a) podpisanie i złożenie deklaracji/certyfikatu za pośrednictwem ubezpieczającego i opłacenie składki jednorazowej, lub
 - b) podpisanie deklaracji przystąpienia, opłacenie składki jednorazowej i otrzymanie certyfikatu ubezpieczenia za pośrednictwem ubezpieczającego.

WYSTĄPIENIE Z UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 6

1. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia w każdym czasie okresu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może wystąpić z umowy ubezpieczenia poprzez złożenie za pośrednictwem ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu. W takim przypadku ubezpieczyciel dokona wypłaty wartości wykupu na zasadach określonych w § 17, w terminie do 14 dni od dnia otrzymania wniosku o dokonanie wykupu z zastrzeżeniem § 17 ust.3.
3. Za dzień wystąpienia uznaje się dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia wskazanego w deklaracji/certyfikacie lub w certyfikacie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki jednorazowej, w wysokości wskazanej w deklaracji/ certyfikacie lub w deklaracji przystąpienia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 2) z dniem złożenia ubezpieczenia wniosku o dokonanie wykupu, na zasadach opisanych w § 6,
 - 3) z dniem, w którym wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego jest poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 14 za dany miesiąc

ubezpieczeniowy, z pierwszym dniem tego miesiąca ubezpieczeniowego.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości:
 - 1) sumy ubezpieczenia powiększonej o 10% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od daty początku okresu ubezpieczenia do ostatniego dnia przed pierwszą rocznicą ubezpieczenia, przypadającą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego,
 - 2) sumy ubezpieczenia powiększonej o 1% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia przypadającej po dniu 65 urodzin, do ostatniego dnia przed pierwszą rocznicą ubezpieczenia przypadającą po dniu 75 urodzin ubezpieczonego,
 - 3) sumy ubezpieczenia powiększonej o 1% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia przypadającej po dniu 75 urodzin ubezpieczonego, nie więcej jednak niż 100% sumy ubezpieczenia powiększonej o limit przypadający na daną deklarację/certyfikat lub na certyfikat ubezpieczenia, dotyczący świadczenia z tytułu zgonu.
2. Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty świadczenia, o którym mowa w ust. 1 w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 5 - 10, § 17 ust. 2 – 5 i 7, na podstawie złożonego do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, przy czym za dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego przyjmuje się datę wpływu ostatniego dokumentu pozwalającego na rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.
4. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie do 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel 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 osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu w terminie do 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu (wniosku o wypłatę świadczenia).
6. W przypadku, gdy w terminie określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną

- część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 5.
7. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia.
 8. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
 9. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
 10. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego zarówno przy przystępowaniu do umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie okresu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie okresu ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego pisemnie.

§ 10

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczonego, zgodnie z § 9 zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia, to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym z ustawy, jeżeli brak jest małżonka, dzieci, rodziców. .
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 3, to świadczenie przypada w częściach równych osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym z testamentu.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV,
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli do zgonu ubezpieczonego przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem przystąpienia do umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1 i 2, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia. Na potrzeby ustalenia wartości wykupu przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia. Wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 17.

FUNDUSZE

§ 12

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w które inwestowana będzie zarówno składka jednorazowa jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczonego.
3. Fundusze tworzone są ze składek opłacanych przez ubezpieczonego z tytułu przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki jednorazowa i dodatkowe, z zastrzeżeniem § 14.
5. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składkę jednorazową i składki dodatkowe w ramach Funduszy.

§ 13

1. Każda wpłacona składka przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczonego.
2. Ubezpieczony może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki dodatkowej w poszczególnych Funduszach.
3. Pierwsze 15 zmian podziału procentowego i pierwsze 15 transferów jednostek uczestnictwa w roku ubezpieczeniowym, tj. wniosków złożonych w danym roku ubezpieczeniowym, są wolne od opłat. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez ubezpieczyciela, zgodnie z Tabelą opłat i limitów.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu odpowiedniego

- wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, za pośrednictwem ubezpieczającego.
5. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych Funduszy wybranych przez ubezpieczonego nie jest równa 100% (sto procent), dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji.
 6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę ubezpieczyciela, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
 7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia odpowiedniego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 8. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, za pośrednictwem ubezpieczającego.
 8. Jeżeli wniosek o dokonanie transferu, został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje częściowego wykupu lub, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczonego dyspozycji, w obrębie tych samych Funduszy, to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10 dniu roboczym licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczonego dyspozycji.
 9. Ubezpieczyciel określa w tabeli opłat i limitów minimalną wartość jednostek uczestnictwa, podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu.
 10. W przypadku gdy wartość jednostek pozostających na Funduszu wyjściowym jest niższa niż wskazana w tabeli opłat i limitów transferowi podlegają wszystkie jednostki uczestnictwa z Funduszu wyjściowego,
 11. W przypadku gdy wartość jednostek podlegających transferowi z Funduszu wyjściowego jest niższa niż wskazana w tabeli opłat i limitów transfer nie zostanie zrealizowany.

AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

§ 14

1. Środki Funduszy lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu wpłat składek jednorazowych i dodatkowych, przyznanej premii ubezpieczeniowej oraz przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 8 i § 17, opłatę administracyjną, opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe oraz należności wynikające z przepisów podatkowych.
5. Opłata administracyjna stanowi sumę opłat należnych za lokowanie środków w każdym Funduszu, w którym ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa. Opłata dla każdego z Funduszy obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty dotyczącej danego Funduszu, określonej w tabeli opłat i limitów oraz wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu wg stanu na pierwszy dzień miesiąca

- ubezpieczeniowego. Opłata dla danego Funduszu pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego Funduszu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest z każdego Funduszu w którym ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa w wysokości określonej w tabeli opłat i limitów i liczona jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty dotyczącej danego Funduszu, określonej w tabeli opłat i limitów oraz wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ubezpieczeniowego. Opłata dla danego Funduszu pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego Funduszu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
 7. Opłata, o której mowa w ust. 5 i 6 pobierana jest w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.
 8. Opłata za wykup i wykup częściowy określona w Tabeli opłat i limitów obowiązuje dla odpowiedniego roku ubezpieczeniowego, tj. wniosków złożonych w danym roku ubezpieczeniowym i obliczana jest jako iloczyn stawki opłaty i wartości jednostek uczestnictwa, podlegających wykupowi albo wykupowi częściowemu. Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, obliczana jest według ceny jednostek uczestnictwa przyjętej do ustalenia wartości wykupu lub wykupu częściowego.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 15

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy w celu ustalenia ceny jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i dodatkowo na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonana była wycena do dnia, w którym dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
4. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki jednorazowej lub składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela.
5. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
6. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczonego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok.

PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 16

1. Ubezpieczyciel ma prawo raz w miesiącu ubezpieczeniowym przyznać premię ubezpieczeniową ubezpieczonemu poprzez dodanie do indywidualnego konta inwestycyjnego ubezpieczonego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy, w

- którym ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa w dniu przyznania premii.
2. Ubezpieczyciel ma prawo przyznać premię ubezpieczeniową dla wybranych Funduszy.
 3. Wysokość premii ubezpieczeniowej ustalana jest przez ubezpieczyciela i przeliczana na jednostki uczestnictwa Funduszy według ceny jednostki obowiązującej w maksymalnie w 5-tym dniu roboczym po dniu przyznania premii.
 4. Dzień przyznania premii to 20-ty dzień każdego miesiąca, o ile jest dniem roboczym. Jeżeli nie jest dniem roboczym to następny po tym dniu dzień roboczy. Pierwszy dzień, w którym ubezpieczyciel może przyznać premię dla ubezpieczonych to 20-ty dzień miesiąca następującego po miesiącu, w którym dokonano pierwszego nabycia jednostek uczestnictwa Funduszy w ramach niniejszej umowy ubezpieczenia.
 5. Kwota premii ubezpieczeniowej powiększa wartość indywidualnego konta inwestycyjnego ubezpieczonego.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 17

1. Ubezpieczony, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu lub wykupu częściowego.
2. Przy ustalaniu wartości wykupu i wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia przez uprawnionego do dokonania wykupu, wniosku o wykup lub wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli wniosek o wykup lub wykup częściowy został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu, o którym mowa w § 13 lub wykupu częściowego lub nabycia jednostek uczestnictwa za składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczonego dyspozycji, w obrębie tych samych funduszy, to przy ustalaniu wartości wykupu lub wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczonego dyspozycji.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup lub wykup częściowy przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.
5. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu, pomniejszoną o opłatę za wykup i wykup częściowy, o której mowa w § 14 ust. 8, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu do dokonania wykupu w ciągu 14 dni od dnia doręczenia wniosku o wykup lub wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 3.
6. W przypadku dokonania wykupu częściowego polegającego na wskazaniu 100% wartości jednostek uczestnictwa danego Funduszu z ostatniego Funduszu, w którym ubezpieczony posiadał jednostki uczestnictwa, wykup częściowy traktowany jest wówczas jako dokonanie wykupu i skutkuje wystąpieniem z umowy ubezpieczenia.
7. Przy ustaleniu wartości wykupu na potrzeby wypłaty świadczenia z tytułu zgonu wypłacana kwota nie jest pomniejszona o opłatę za wykup i wykup częściowy, o której mowa w § 14 ust. 8 z zastrzeżeniem § 11 ust.3.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Strony są zobowiązane do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu lub siedziby.
3. Ubezpieczony powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie danych podanych na deklaracji/certyfikacie lub na deklaracji przystąpienia, za pośrednictwem ubezpieczającego.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie do 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
8. Niezależnie od postanowień niniejszych SWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§19

1. Zasady Działania Funduszy stanowią załącznik do SWU.
2. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania w zakresie nie uregulowanym w niniejszych SWU, określone są w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do SWU.

§ 20

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową, a także odpowiednie przepisy podatkowe.

Zasady Działania Funduszy
Załącznik nr 1 do
Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym
funduszem kapitałowym
Panorama Funduszy

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwane dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowie ubezpieczenia Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym Panorama Funduszy.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania Funduszy utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek jednorazowych i dodatkowych zgodnie z SWU.
3. W Zasadach stosuje się postanowienia wskazanych powyżej Szczególnych Warunków Ubezpieczenia. Określenia, które zostały zdefiniowane w Szczególnych Warunkach Ubezpieczenia używane są w Zasadach w takim samym znaczeniu.

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Aktywa Funduszy są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczonego.
4. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze.
5. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu w dowolnym czasie. Uczestnicy są informowani na piśmie o likwidacji Funduszu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek likwidowanego Funduszu poprzez nabycie jednostek innego Funduszu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Funduszu uczestnik ma prawo do dokonania transferu 100% jednostek likwidowanego Funduszu do innego Funduszu oraz do dokonania zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Funduszu.
6. Z dniem likwidacji Funduszu, w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu do Funduszu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu.
7. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 8, aktywa Funduszu są inwestowane w całości w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego otwartego lub w całości w inne tytuły uczestnictwa, umarżane na żądanie, emitowane przez instytucję wspólnego inwestowania, mającą siedzibę na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

8. Aktywa Funduszu mogą być lokowane poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z zasadami określonymi w zezwoleniu ogólnym, udzielonym przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych w drodze rozporządzenia, na uznawanie za środki stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów znajdujących się poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej.
9. Charakterystykę aktywów otwartego funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Funduszu, a w przypadku innych tytułów uczestnictwa umarżanych na żądanie, emitowanych przez instytucję wspólnego inwestowania mającą siedzibę poza terytorium Polski – właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie takiej instytucji zgodnie z przepisami prawa dla niej właściwego.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 8

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z następujących przepisów prawnych: Ustawy o działalności ubezpieczeniowej, Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń, Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych, Ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczony, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 9

Oplaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczonego, rozliczane są w wartości jednostki uczestnictwa, lub w przypadku podatków w ciężar wartości wykupu.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Zasadach mają zastosowanie postanowienia Szczególnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

Tabela opłat i limitów
Załącznik nr 2 do
Szczególnych Warunków Ubezpieczenia
Grupowe ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
Panorama Funduszy

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
Administracyjna w skali roku:	2,65%	Opłata stanowi sumę opłat dla każdego Funduszu, w którym ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa. Opłata dla każdego z Funduszu obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty i wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ubezpieczeniowego. Opłata dla danego Funduszu pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego Funduszu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe w skali roku:	0,15%	
Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami: - 15 transferów w danym roku ubezpieczeniowym: - każdy kolejny transfer w danym roku ubezpieczeniowym:	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
Zmiana podziału procentowego: - 15 zmian w danym roku ubezpieczeniowym: - każda kolejna zmiana w danym roku ubezpieczeniowym:	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu.
Opłata za wykup i wykup częściowy wynosi w zależności od roku ubezpieczeniowego: - w 1 roku: - w 2 roku - w 3 roku - w 4 roku - w 5 roku - w 6 i każdym kolejnym roku:	5% 4% 3% 2% 1% 0%	Opłata obliczana jest jako iloczyn stawki opłaty i wartości jednostek uczestnictwa, podlegających wykupowi albo wykupowi częściowemu. Wartość jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, obliczana jest według ceny jednostek uczestnictwa przyjętej do ustalenia wartości wykupu lub wykupu częściowego.

Rodzaj wskaźnika

Wysokość wskaźnika

MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK	
Jednorazowa składka	50 000 zł
Dodatkowa składka	10 000 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi:	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu:	100 zł
Minimalna kwota wykupu częściowego	10 000 zł

LIMITY

dotyczący świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego:	1) 30 000 zł 2) 3 000 zł 3) 300 zł	w sytuacji określonej w § 8 ust. 1 pkt. 1) SWU w sytuacji określonej w § 8 ust. 1 pkt. 2) SWU w sytuacji określonej w § 8 ust. 1 pkt. 3) SWU
--	--	--