



COMMERCIAL UNION

Ubezpieczenia na Życie

Wszelkie wzory dokumentów uzyskane drogą elektroniczną mają charakter wyłącznie informacyjny i nie wywierają żadnych skutków prawnych, a w szczególności nie mogą stanowić podstawy do nawiązania, zmiany lub rozwiązania umowy ubezpieczenia z Commercial Union Polska – Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie SA.

UBEZPIECZENIE UNIWERSALNE „PLUS”

– OPIS WEWNĘTRZNY UBEZPIECZENIA –

Ubezpieczenie uniwersalne „Plus” łączy ochronę ubezpieczeniową z funkcją długoterminowego gromadzenia i pomnażania kapitału. Ochrona ubezpieczeniowa trwa przez **24 godziny na dobę, na całym świecie**.

Ubezpieczenie uniwersalne „Plus” ma charakter umowy długoterminowej. Ubezpieczonym może zostać objęta osoba, która ukończyła 12 lat, a nie ukończyła 45 roku życia. **Wiek ubezpieczonego** określa się w dniu rejestracji wniosku, na podstawie daty bliższej rocznicy jego urodzin: poprzedniej lub następnej. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, określony w dniu rejestracji wniosku wiek ubezpieczonego powiększa się o liczbę pełnych lat ubezpieczenia.

I. Przedmiot ubezpieczenia

Ochroną ubezpieczeniową objęte jest ryzyko śmierci ubezpieczonego w okresie trwania umowy ubezpieczenia. Ponadto ubezpieczający może poszerzyć ochronę z tytułu Ubezpieczenia Uniwersalnego „Plus” o następujące umowy dodatkowe:

- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Ryzyka Powstania Niezdolności do Pracy (NP),**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci lub Kalectwa Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (NW),**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci Wskutek Nieszczęśliwego Wypadku (SNW),**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Składki (US),**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Ryzyka Śmierci Dziecka (SD),**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek”,**
- **umowa dodatkowa Ubezpieczenia Świadczenia Szpitalnego „Na Zdrowie”.**

II. Zawarcie umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia uniwersalnego „Plus” zawierana jest w trybie złożenia przez ubezpieczającego na stosownym formularzu wniosku oferty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz przyjęcia tej oferty przez Towarzystwo.
2. Wniosek, aby był zarejestrowany przez Towarzystwo musi spełniać następujące warunki:
 - formularz wniosku powinien być wypełniony w sposób poprawny,
 - do wniosku powinien być dołączony dowód zapłacenia dwóch pierwszych składek regularnych – jeśli składki opłacane są z częstotliwością miesięczną,
 - do wniosku powinien być dołączony dowód zapłacenia pierwszej składki regularnej – jeśli składka opłacana jest z częstotliwością inną niż miesięczna,
 - wypełniony formularz wniosku powinien udzielać Towarzystwu nieodwołalne i niewygajające w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego pełnomocnictwo do nieograniczonego wglądu do danych dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego, z wyłączeniem badań genetycznych.
3. **Współubezpieczenie** – ubezpieczający może zawrzeć umowę ubezpieczenia „Plus” na rzecz dwóch ubezpieczonych (współubezpieczonych). Obowiązki wynikające z tak zawartej umowy ubezpieczenia obciążają osobno każdego ze współubezpieczonych, natomiast wszelkie prawa z niej wynikające przysługują współubezpieczonym solidarnie. Ubezpieczający może również zawrzeć odrębne dodatkowe umowy ubezpieczenia na rzecz każdego ze współubezpieczonych. **W razie jednoczesnej śmierci współubezpieczonych**, świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci każdego z nich równe jest połowie świadczenia ubezpieczeniowego, które należne byłoby w razie śmierci jednego ze współubezpieczonych.

5. **Badania lekarskie**
 - 4.1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo żądać, aby ubezpieczony poddał się badaniom analitycznym i lekarskim. Wspomniane badania są wykonywane na koszt Towarzystwa.
 - 4.2. Towarzystwo ma prawo żądać, aby ubezpieczony przedłożył zaświadczenia lekarskie i wyniki badań lekarskich, które potwierdzają jego stan zdrowia. Ponadto Towarzystwo ma prawo zażądać od ubezpieczonego, aby udzielił wszelkich niezbędnych do oszacowania ryzyka ubezpieczeniowego informacji odnośnie swojego stanu zdrowia.
5. **Ubezpieczony lub ubezpieczający powinni zawsze zawiadomić Towarzystwo**, jeśli w okresie pomiędzy złożeniem Towarzystwu oferty (wniosek), a doręczeniem dokumentu ubezpieczenia (polisa) lub kontroferty powstały nowe lub zmieniły się jakiegokolwiek okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku lub przed zawarciem umowy w innych pismach.
6. **Zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zgodnych z treścią wniosku**
Umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą zgodnie z treścią wniosku z chwilą doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia (polisa), na którym Towarzystwo poświadcza, że przyjęło ofertę (wniosek).
7. **Zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach odbiegających od treści wniosku**
Na podstawie uzyskanych informacji oraz w innych przypadkach, w szczególności, gdy złożony przez ubezpieczającego wniosek nie zawiera wszelkich wymaganych oświadczeń albo zawiera postanowienia, które w jakikolwiek sposób zmieniają zapisy zamieszczone przez Towarzystwo w treści wniosku lub, gdy treść wniosku w jakikolwiek sposób nie spełnia wymagań wynikających z OWU **Towarzystwo może zaproponować ubezpieczającemu zawarcie umowy na warunkach odbiegających od treści złożonego wniosku.** W takiej sytuacji Towarzystwo doręcza ubezpieczającemu dokument (**kontroferta**) zawierający proponowane warunki umowy. Wraz z kontrofertą Towarzystwo doręcza pismo, którego treść wskazuje ubezpieczającemu na postanowienia umowy ubezpieczenia odbiegające od treści wniosku. Ubezpieczający w terminie wyznaczonym przez Towarzystwo (przynajmniej 7 dni) ma prawo do wniesienia sprzeciwu odnośnie doręczonej przez Towarzystwo kontroferty. Sprzeciw ubezpieczającego powoduje, iż umowa ubezpieczenia nie będzie zawarta, natomiast **Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu wpłaconą składkę** w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo stosownego oświadczenia ubezpieczającego. W razie braku sprzeciwu uważa się, że kontroferta została przyjęta przez ubezpieczającego i **umowa ubezpieczenia zostaje zawarta w dniu następującym po upływie terminu wyznaczonego do wniesienia sprzeciwu.**
8. **Odmowa zawarcia umowy ubezpieczenia**
Na podstawie uzyskanych informacji oraz w innych przypadkach, w szczególności, gdy złożony przez ubezpieczającego wniosek nie zawiera wszelkich wymaganych oświadczeń albo zawiera postanowienia, które w jakikolwiek sposób zmieniają zapisy zamieszczone przez Towarzystwo w treści wniosku lub, gdy treść wniosku w jakikolwiek sposób nie spełnia wymagań wynikających z OWU **Towarzystwo może odmówić ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia.** W przypadku odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo obowiązane jest **zwrócić wpłaconą przez ubezpieczającego składkę** w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji odnośnie odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia.
9. **Wycofanie złożonej Towarzystwu oferty (wniosek)**
Do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo wycofać złożoną Towarzystwu ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia (wniosek). Wycofanie oferty po zarejestrowaniu wniosku możliwe jest wyłącznie za zgodą Towarzystwa. Jeśli ubezpieczający skutecznie wycofa ofertę zawarcia umowy ubezpieczenia, **Towarzystwo obowiązane jest zwrócić wpłaconą przez ubezpieczającego składkę** w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia otrzymania przez Towarzystwo stosownego oświadczenia ubezpieczającego odnośnie wycofania złożonej wcześniej oferty.

III. Okres ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia uniwersalnego „Plus” zawierana jest **na czas nieokreślony.**
2. **Ochrona ubezpieczeniowa przysługuje ubezpieczonemu** od dnia wskazanego w polisie, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki regularnej (jeśli składka opłacana jest z częstotliwością inną niż miesięczna) lub dwóch pierwszych składek regularnych (jeśli składki opłacane są z częstotliwością miesięczną).

IV. Składka

1. **Składka regularna**
 - 1.1. Umowa ubezpieczenia zakłada możliwość miesięcznej, kwartalnej, półrocznej lub rocznej częstotliwości opłacania składki regularnej.
 - 1.2. Dla ubezpieczenia uniwersalnego „Plus” ustala się minimalną wysokość składki regularnej¹.
 - 1.3. Ubezpieczający obowiązany jest opłacać składkę regularną w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.
2. **Składka lokacyjna**
 - 2.1. Ubezpieczający może opłacać w wybranej przez siebie wysokości i w dowolnym terminie, dodatkową, dobrowolną składkę lokacyjną.
 - 2.2. Dla ubezpieczenia uniwersalnego „Plus” ustala się minimalną wysokość składki lokacyjnej².
 - 2.3. Ubezpieczający powinien wyraźnie określić, którą z jego wpłat należy uważać za wpłatę składki lokacyjnej. W przeciwnym razie za składkę lokacyjną uważa się każdą wpłatę w wysokości innej niż składka regularna.
3. **Składka ubezpieczeniowa (regularna oraz lokacyjna) powinna być opłacana** przekazem pocztowym, przelewem bankowym na rachunek Towarzystwa lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
4. **Podział składki regularnej**
 - 4.1. **Opłata manipulacyjna** – od każdej wpłaconej przez ubezpieczającego składki regularnej Towarzystwo pobiera **opłatę manipulacyjną w wysokości 1,55 zł**.
 - 4.2. **Część niealokowana składki regularnej** – stanowi opłatę potrącaną ze składki ubezpieczeniowej, przeznaczoną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
 - 4.3. **Alokacja składki regularnej**
 - 4.3.1. **Alokacja składki regularnej w pierwszym roku ubezpieczenia**
W pierwszym roku ubezpieczenia, po uprzednim pomniejszeniu wpłaconej składki regularnej o opłatę manipulacyjną oraz o koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu określonych, posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych, alokacji podlega **25%** tej części składki regularnej, która pozostała po wspomnianych powyżej odliczeniach.
 - 4.3.2. **Alokacja składki regularnej w drugim roku ubezpieczenia**
W drugim roku ubezpieczenia, po uprzednim pomniejszeniu wpłaconej składki regularnej o opłatę manipulacyjną oraz o koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu określonych, posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych, alokacji podlega **80%** tej części składki regularnej, która pozostała po wspomnianych powyżej odliczeniach.
 - 4.3.3. **Alokacja składki regularnej w trzecim roku i kolejnych latach ubezpieczenia**
W trzecim roku i kolejnych latach ubezpieczenia, po uprzednim pomniejszeniu wpłaconej składki regularnej o opłatę manipulacyjną oraz o koszt ochrony ubezpieczeniowej udzielanej z tytułu określonych, posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych, alokacji podlega **90%** tej części składki regularnej, która pozostała po wspomnianych powyżej odliczeniach.
5. **Podział składki lokacyjnej**
 - 5.1. Składka lokacyjna wolna jest od opłaty manipulacyjnej.
 - 5.2. **Część niealokowana składki** – stanowi opłatę potrącaną ze składki ubezpieczeniowej, przeznaczoną na pokrycie kosztów związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia.
 - 5.3. **Alokacja składki lokacyjnej** – alokowane jest **95 %** każdej wpłaconej składki lokacyjnej.
6. Indeksacja składek regularnych
 - 6.1. Indeksacja jest mechanizmem stosowanym w celu zapobiegania niekorzystnym zmianom realnych wartości składek ubezpieczeniowych oraz świadczeń w czasie trwania umowy ubezpieczenia. Indeksacja jest dobrowolna, decyzja o skorzystaniu z niej leży w gestii ubezpieczającego.

¹ Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

² Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

6.2. Zasady indeksacji:

- Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu indeksację najpóźniej 49 (czterdzieści dziewięć) dni przed datą, na którą indeksacja ma być skuteczna.
- Ubezpieczający może wybrać wskaźnik indeksacji niższy od zaproponowanego przez Towarzystwo pod warunkiem, że kolejne składki po zindeksowaniu nie będą niższe od wysokości składki obowiązującej bezpośrednio przed indeksacją.
- Jeśli ubezpieczający wybierze wskaźnik indeksacji wyższy od zaproponowanego przez Towarzystwo lub, gdy ubezpieczający nie później niż 30 dni przed datą, na którą indeksacja ma być skuteczna, nie odpowie na propozycję Towarzystwa, indeksacja następuje zgodnie z wskaźnikiem zaproponowanym przez Towarzystwo.
- Ubezpieczający może, nie później niż 30 dni przed datą, na którą indeksacja ma być skuteczna zrezygnować z jej zastosowania.

6.3. Wskaźnik indeksacji:

- Proponowany ubezpieczającemu przez Towarzystwo maksymalny wskaźnik indeksacji jest obliczany jako nadwyżka wzrostu wartości jednostki Funduszu Gwarantowanego lub innego o podobnej strukturze aktywów ponad określoną przez Towarzystwo stopę procentową. Podczas obliczania proponowanego przez Towarzystwo maksymalnego wskaźnika indeksacji uwzględnia się wzrost wartości jednostki funduszu za okres od daty, na którą obliczono poprzednio proponowany ubezpieczającemu maksymalny wskaźnik indeksacji. Wysokość stopy procentowej, o której mowa powyżej, przyjmuje się także za okres od daty, na którą obliczono poprzednio proponowany ubezpieczającemu maksymalny wskaźnik indeksacji, przy czym w skali roku stopa procentowa nie przekroczy **5%**.
- Oprócz proponowanego ubezpieczającemu maksymalnego wskaźnika indeksacji, Towarzystwo wylicza za okres 12 miesięcy (zgodnie z opisanymi powyżej zasadami) **tzw. pomocniczy wskaźnik indeksacji**. Jeśli pomocniczy wskaźnik indeksacji będzie wynosił **10% lub więcej**, Towarzystwo proponuje ubezpieczającemu indeksację ze skutkiem na najbliższą rocznicę ubezpieczenia lub też **inną wcześniejszą datę**. Jeśli natomiast pomocniczy wskaźnik indeksacji będzie **niższy niż 10%**, Towarzystwo może proponować ubezpieczającemu indeksację ze skutkiem na najbliższą rocznicę ubezpieczenia.

7. **Zaprzestanie opłacania składek regularnych. Ubezpieczenie bezskładkowe.**

7.1. **Zaprzestanie opłacania składek regularnych w pierwszych dwóch latach ubezpieczenia**

W przypadku nieopłacenia w terminie składki regularnej **w pierwszych dwóch latach ubezpieczenia**, Towarzystwo ma prawo wezwać ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki wyznaczając dodatkowy 7-dniowy, licząc od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania Towarzystwa termin na zapłacenie zaległej składki. Jeśli zaległa składka nie zostanie opłacona w dodatkowym, wyznaczonym przez Towarzystwo terminie, **umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem tego terminu**.

7.2. **Zaprzestanie opłacania składek regularnych w trzecim roku lub następnych latach ubezpieczenia – umowa z zawieszoną płatnością składek**

W przypadku nieopłacenia w terminie składki **w trzecim roku lub następnych latach ubezpieczenia**, jeśli wartość polisy jest wystarczająca na pokrycie należnych Towarzystwu w kolejnym miesiącu ubezpieczenia opłat oraz kosztów, umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu **w umowę ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek** z dniem wymagalności pierwszej nieopłaconej składki.

W trakcie trwania umowy ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek warunki ochrony ubezpieczeniowej pozostają niezmienione (chyba, że warunki ogólne posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych stanowią inaczej) natomiast, należne Towarzystwu opłaty oraz koszty potrącają się z rachunku podstawowego. Ubezpieczający w trakcie trwania umowy ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek nie może wpłacać składki lokacyjnej oraz nie może dokonywać zmian wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego. Ubezpieczający nie może także dokonać zmian częstotliwości opłacania składek regularnych. **W trakcie trwania umowy ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek ubezpieczający, pod warunkiem opłacenia bieżącej składki regularnej, może wnioskować o wyrażenie przez Towarzystwo zgody na przywrócenie umowie ubezpieczenia postaci składkowej.**

7.3. Ubezpieczenie bezskładkowe

W przypadku, gdy ubezpieczający w terminie 12 miesięcy liczonych od dnia wymagalności pierwszej nieopłaconej składki nie złoży wniosku o przywrócenie umowie ubezpieczenia z zawieszoną płatnością składek jej postaci składkowej, lub, gdy Towarzystwo nie wyrazi zgody na takie przekształcenie, to umowa ubezpieczenia z dniem podjęcia takiej decyzji przez Towarzystwo ulega przekształceniu w umowę ubezpieczenia bezskładkowego, o następującej charakterystyce:

- warunki ochrony ubezpieczeniowej pozostają niezmienione (chyba, że warunki ogólne posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych stanowią inaczej),
- w czasie trwania umowy ubezpieczenia o charakterze bezskładkowym, należne Towarzystwu opłaty oraz koszty potrącają się z rachunku podstawowego,
- ubezpieczający nie może uiszczać składek ubezpieczeniowych,
- ubezpieczający nie może dokonywać zmian wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego,
- ubezpieczający nie może dokonywać zmian polegających na przeliczaniu całości lub części zarachowanych na rachunku jednostek danego funduszu kapitałowego na jednostki innego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
- ubezpieczenie bezskładkowe uniemożliwia powrót do ubezpieczenia składkowego.

Umowa ubezpieczenia przyjmuje powyższą charakterystykę także, gdy przekształcenie ubezpieczenia w umowę o charakterze bezskładkowym nastąpi na wniosek ubezpieczającego.

Ubezpieczający może także wnioskować o przekształcenie ubezpieczenia w umowę o charakterze bezskładkowym z ograniczoną ochroną. Towarzystwo nie wyrazi zgody na takie przekształcenie, jeśli wartość polisy w dniu złożenia przez ubezpieczającego wniosku o przekształceniu umowy jest mniejsza od minimalnej wysokości wymaganej przez Towarzystwo³. Umowa ubezpieczenia bezskładkowego z ograniczoną ochroną, o którą wnioskował ubezpieczający przyjmuje następującą charakterystykę:

- świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego jest równe sumie wartości polisy i wartości lokacyjnej,
- rozwiązaniu ulegają wszystkie posiadane przez ubezpieczającego umowy dodatkowe,
- w czasie trwania umowy ubezpieczenia o charakterze bezskładkowym, należne Towarzystwu opłaty potrącają się z rachunku podstawowego,
- ubezpieczający nie może uiszczać składek ubezpieczeniowych,
- ubezpieczający nie może dokonywać zmian wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego,
- ubezpieczający nie może dokonywać zmian polegających na przeliczaniu całości lub części zarachowanych na rachunku jednostek danego funduszu kapitałowego na jednostki innego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego,
- ubezpieczenie bezskładkowe uniemożliwia powrót do ubezpieczenia składkowego.

V. Rachunek

Towarzystwo z chwilą rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej otwiera rachunek, składający się z rachunku podstawowego i rachunku lokacyjnego.

1. **Rachunek podstawowy** – część wpłacanej składki regularnej, która podlega alokacji przeliczana jest na jednostki funduszy, zarachowywane na rachunku podstawowym zgodnie z wartością tych jednostek z dnia zapłaty składki lub z dnia wymagalności składki – w zależności od tego, która z tych dat jest późniejsza.
2. **Rachunek lokacyjny** – część wpłacanej składki lokacyjnej, która podlega alokacji przeliczana jest na jednostki funduszy, zarachowywane na rachunku lokacyjnym, zgodnie z wartością tych jednostek z dnia zapłaty składki.

³ Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

3. **W gestii ubezpieczającego leży wybór ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki przeliczana będzie alokowana część składki (regularnej i lokacyjnej).** Ubezpieczający określa także sposób podziału kwoty alokowanej części składki (regularnej i lokacyjnej) pomiędzy wybrane fundusze, z uwzględnieniem warunku, że udział w składce alokowanej żadnego z wybranych funduszy kapitałowych nie może być niższy niż 5%.
- 3.1. **Jeśli ubezpieczający nie dokona wyboru ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, na których jednostki będzie przeliczana alokowana część składki lokacyjnej** i jeśli nie określi sposobu podziału kwoty alokowanej części składki lokacyjnej pomiędzy wybrane fundusze, to podział tej składki pomiędzy fundusze dokonany będzie zgodnie z ostatnim podziałem składki lokacyjnej. Jeśli natomiast składka lokacyjna jest opłacana po raz pierwszy – zgodnie z podziałem składki regularnej.
4. **Koszty i opłaty pobierane z rachunku**
W ubezpieczeniu „Plus” z rachunku podstawowego, w sposób cykliczny pobiera się opłatę administracyjną, miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz inne koszty wynikające z posiadanych przez ubezpieczającego określonych umów dodatkowych. **Z rachunku lokacyjnego nie pobiera się w sposób cykliczny żadnych opłat.**
Opłata administracyjna, miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz inne koszty i opłaty wynikające z posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych
W dniu rozpoczynającym pierwszy oraz każdy kolejny miesiąc ubezpieczenia Towarzystwo potrąca z rachunku podstawowego opłatę administracyjną (1,91 zł lub 1,20 zł w przypadku ubezpieczenia bezskładkowego), miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej oraz inne koszty i opłaty wynikające z posiadanych przez ubezpieczającego umów dodatkowych.
Potrąceń dokonuje się poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgodnie z ich wartością w dniu rozpoczynającym pierwszy oraz każdy kolejny miesiąc ubezpieczenia, proporcjonalnie do udziału tych funduszy w wartości polisy w tym dniu.
Miesięczny koszt ochrony ubezpieczeniowej, to iloczyn wskaźnika kosztu oraz dodatniej różnicy sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i bieżącej wartości polisy.
Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej obliczany jest przez Towarzystwo z uwzględnieniem statystycznego prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz aktualnego ryzyka ubezpieczeniowego podejmowanego przez Towarzystwo na podstawie szczegółowych informacji dotyczących ubezpieczonego. Miesięczny wskaźnik kosztu ochrony ubezpieczeniowej **stanowi iloraz liczby z Tabeli miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej odpowiedniej dla płci ubezpieczonego i jego wieku w dniu potrącenia miesięcznego kosztu ochrony ubezpieczeniowej oraz kwoty 10 000 zł.** Tabela miesięcznych wskaźników kosztu ochrony ubezpieczeniowej obowiązujących w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia stanowi załącznik do OWU i może ulec modyfikacji.
Jeżeli w danym miesiącu ubezpieczenia należne Towarzystwo opłaty i koszty nie mogą być potrącone w całości lub części z powodu niewystarczającej wartości polisy, natomiast wszystkie składki regularne opłacono w wysokości i terminach określonych w umowie, wówczas Towarzystwo odlicza z rachunku podstawowego odpowiednią liczbę jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, jaka jest możliwa do odliczenia, udzielając ubezpieczonemu ochrony ubezpieczeniowej w niezmiennym zakresie. Po dokonaniu alokacji kolejnych składek regularnych, Towarzystwo odliczy z rachunku podstawowego brakującą w poprzednim miesiącu liczbę jednostek funduszy oraz dokona innych stosownych potrąceń. **Opisana zasada** ma zastosowanie przez okres pierwszych dziesięciu lat ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że nie przekształcono umowy w ubezpieczenie bezskładkowe czy ubezpieczenie z zawieszoną płatnością składek.
5. **Zmiany Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych**
- 5.1. **Ubezpieczający od drugiej rocznicy ubezpieczenia może zażądać przeliczenia całości lub części zarachowanych na rachunku podstawowym jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu.**
- 5.2. **Ubezpieczający może w każdym czasie zażądać przeliczenia całości lub części zarachowanych na rachunku lokacyjnym jednostek danego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu.**
- 5.3. **Zasady przeliczania jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu (rachunek podstawowy i rachunek lokacyjny):**

- a) **Oplata za zmianę funduszu** – w przypadku dokonania przeliczenia jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu Towarzystwo upoważnione jest do potrącenia z rachunku podstawowego lub lokacyjnego (w zależności, którego z tych rachunków dotyczy zmiana) **opłaty za zmianę funduszu (20 zł)**. Opłaty tej nie pobiera się od pierwszej takiej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.
Potrącenia opłaty za zmianę funduszu dokonuje się poprzez odliczenie z rachunku podstawowego lub lokacyjnego (w zależności, którego z rachunków dotyczy zmiana) odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych (na które przeliczane są jednostki dotychczasowych funduszy) proporcjonalnie do udziału tych funduszy w przeliczanej kwocie oraz zgodnie z wartością jednostek danego funduszu z dnia dokonania przeliczenia.
 - b) Wartość polisy i wartość lokacyjna nie zmieniają się w związku z przeliczeniem jednostek ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego na jednostki innego funduszu chyba, że przeliczenia tego dokonuje się częściej niż raz w roku ubezpieczenia (**opłata za zmianę funduszu – 20 zł**)
 - c) Łączna wartość jednostek żadnego funduszu, zarachowanych na rachunku po dokonaniu przeliczenia i pobraniu opłaty za zmianę funduszu, nie może być niższa od wartości minimalnej ustalonej przez Towarzystwo chyba, że przeliczane są wszystkie jednostki danego funduszu⁴.
 - d) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania przeliczenia w terminie 7 dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia ubezpieczającego.
 - e) Przeliczenie następuje według wartości jednostek funduszy obowiązującej w dniu jego dokonania.
 - f) W wyniku przeliczenia nie może wzrosnąć liczba jednostek Funduszu Gwarantowanego.
- 5.4. **Ubezpieczający od drugiej rocznicy ubezpieczenia może zmienić proporcje podziału części składki regularnej podlegającej alokacji pomiędzy wybrane ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe.**

Zasady zmian proporcji podziału alokowanej składki pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:

- a) **Oplata za zmianę funduszu** – w przypadku dokonania zmiany proporcji podziału alokowanej składki regularnej pomiędzy ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe Towarzystwo upoważnione jest do potrącenia z rachunku podstawowego **opłaty za zmianę funduszu (20 zł)**. Opłaty tej nie pobiera się od pierwszej takiej zmiany dokonanej w danym roku ubezpieczenia.
Potrącenia opłaty za zmianę funduszu dokonuje się poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości polisy w dniu dokonania zmiany oraz zgodnie z wartością jednostek danego funduszu obowiązującą tego dnia.
 - b) W wyniku zmiany udział w składce żadnego z funduszy nie może być niższy niż **5%**.
 - c) Towarzystwo zobowiązane jest do dokonania zmiany w terminie 30 dni od dnia otrzymania stosownego oświadczenia ubezpieczającego.
 - d) Zmiana jest skuteczna, począwszy od daty pierwszej alokacji składki po jej dokonaniu.
 - e) W wyniku zmiany nie może wzrosnąć udział Funduszu Gwarantowanego.
6. **Oplata za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi**
- 6.1. Towarzystwo uprawnione jest do pobierania opłaty za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi.
 - 6.2. Wysokość opłaty ustalana jest dla odpowiedniego funduszu, w odniesieniu do wszystkich zawartych z Towarzystwem umów ubezpieczenia z tytułu, których na rachunki zarachowuje się jednostki danego funduszu.
 - 6.3. Opłata pobierana jest z aktywów danego funduszu podczas jego wyceny. Pobranie opłaty powoduje odpowiednią zmianę wartości tych aktywów i tym samym wartości jednostki funduszu.
 - 6.4. Bieżące wysokości opłat za zarządzanie i administrację ubezpieczeniowymi funduszami kapitałowymi znajdują się w dokumencie „Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych”.

⁴ Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

VI. Częściowa lub całkowita wypłata wartości lokacyjnej

Wartość lokacyjna – suma wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgromadzonych na rachunku lokacyjnym

Ubezpieczający może w każdym czasie zażądać częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej.

Zasady częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej:

- a) **Oплата z tytułu częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej** – w przypadku dokonywania częściowej wypłaty wartości lokacyjnej Towarzystwo uprawnione jest do **potrącenia z rachunku lokacyjnego opłaty operacyjnej (50 zł)**. W przypadku całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej Towarzystwo uprawnione jest do **potrącenia z wypłacanej kwoty opłaty operacyjnej (50 zł)**.
Opłata z tytułu częściowej wypłaty wartości lokacyjnej pobierana jest poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wypłacanej kwocie oraz zgodnie z wartością jednostek danego funduszu według stanu z najbliższego dnia, następującego po dniu otrzymania przez Towarzystwo stosownego żądania ubezpieczającego odnośnie częściowej wypłaty wartości lokacyjnej.
- b) Ubezpieczający żądając częściowej wypłaty wartości lokacyjnej **obowiązany jest wskazać fundusz lub fundusze, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania wypłaty, natomiast:**
 - **jeśli ubezpieczający wskaże więcej niż jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy**, obowiązany jest podać udział poszczególnych funduszy w części wartości lokacyjnej podlegającej wypłacie,
 - **jeśli ubezpieczający nie wskaże ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, których jednostki mają być odliczone z rachunku celem dokonania częściowej wypłaty wartości lokacyjnej** wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszy proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości lokacyjnej,
 - **jeżeli wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregokolwiek z funduszy nie jest wystarczająca do dokonania wypłaty w sposób wskazany przez ubezpieczającego**, wypłata następuje poprzez odliczenie z rachunku jednostek funduszy proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości lokacyjnej,
 - **jeżeli wartość zgromadzonych na rachunku jednostek któregokolwiek z funduszy nie jest wystarczająca do potrącenia opłaty z tytułu częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej**, wówczas odpowiedniemu zwiększeniu ulega udział pozostałych funduszy w części wartości lokacyjnej podlegającej wypłacie.
- c) Towarzystwo dokonuje częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej poprzez odliczenie z rachunku lokacyjnego takiej liczby jednostek, których wartość jest równa żądanej przez ubezpieczającego kwocie. Przeliczenie wspomnianej powyżej liczby jednostek funduszu lub funduszy następuje zgodnie z ich wartością obowiązującą w najbliższym dniu, następującym po dniu otrzymania przez Towarzystwo stosownego żądania ubezpieczającego odnośnie częściowej lub całkowitej wypłaty wartości lokacyjnej.
- d) Częściowa lub całkowita wypłata wartości lokacyjnej następuje **w terminie 30 dni** od dnia złożenia przez ubezpieczającego stosownego żądania.
- e) Częściowa lub całkowita wypłata wartości lokacyjnej dokonywana jest przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania wypłaty wartości lokacyjnej, lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.

VII. Świadczenie ubezpieczeniowe

1. Wysokość świadczenia

Obliczając wysokości świadczenia, uwzględnia się:

- **wysokość sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego** obowiązującą w dniu jego śmierci,
- **wartość polisy i wartość lokacyjną** – obliczone jako iloczyn liczby i wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych na rachunku podstawowym (wartość polisy) i rachunku lokacyjnym (wartość lokacyjna) w dniu śmierci ubezpieczonego.

- 1.1. Suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego ulega automatycznemu podwyższeniu z chwilą indeksacji składki regularnej, zgodnie ze wskaźnikiem o jaki składka ta została zindeksowana.
- 1.2. **W razie śmierci ubezpieczonego** Towarzystwo zobowiązuje się do zapłaty **świadczenia ubezpieczeniowego**, równego sumie wartości lokacyjnej oraz **większej z dwóch kwot**, którymi są: **suma ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego** oraz **wartość polisy**.
 - 1.2.1. **Jeśli ubezpieczony nie ukończył 18 lat, suma ubezpieczenia zostanie ograniczona do kwoty ustalonej przez Towarzystwo⁵.**
 - 1.2.2. **Dla osób uczących się, które ukończyły 18 lat suma ubezpieczenia zostanie ograniczona do kwoty ustalonej przez Towarzystwo⁶.**
- 1.3. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpi:
 - jako bezpośredni lub pośredni rezultat próby samobójczej podjętej w ciągu 12 miesięcy od daty rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej,
 - jako bezpośredni lub pośredni rezultat jakichkolwiek działań wojennych, działań zbrojnych, zamieszek lub świadomego i dobrowolnego uczestnictwa w aktach przemocy chyba, że udział ubezpieczonego w aktach przemocy wynikał z wykonywania czynności służbowych, stanu wyższej konieczności lub obrony koniecznej, to Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe **równe sumie wartości polisy i wartości lokacyjnej**.
2. **Zasady wypłaty świadczenia**
 - 2.1. Towarzystwo wypłaci świadczenie po uprzednim otrzymaniu stosownego zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym, wyjaśnieniu okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz ustaleniu wysokości świadczenia.
 - 2.2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo poinformuje uprawnionego do otrzymania świadczenia, jakie dokumenty potrzebne są do wypłaty świadczenia.
 - 2.3. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest uposażonym w częściach określonych przez ubezpieczonego, natomiast:
 - **jeśli ubezpieczony wskazał uposażonych, a nie określił ich udziału** w świadczeniu, uznaje się, iż udziały te są równe,
 - **jeśli uposażony zmarł przed śmiercią ubezpieczonego**, wskazanie uposażonego jest bezskuteczne,
 - **jeśli uposażony przyczynił się do śmierci ubezpieczonego** wskazanie uposażonego jest bezskuteczne,
 - **jeśli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma żadnego z uposażonych**, świadczenie przypada uposażonym zastępczym na zasadach ustalonych dla uposażonych,
 - **jeśli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uposażonych ani uposażonych zastępczych**, świadczenie przypada osobom, które tworzą krąg ustawowych spadkobierców ubezpieczonego (nie muszą w tym przypadku zachodzić przesłanki do dziedziczenia ustawowego, osobom tym świadczenie przypada w kolejności i w częściach zgodnych z ogólnymi zasadami dziedziczenia ustawowego).
 - 2.4. Świadczenie wypłacane jest przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania danego świadczenia. Świadczenie może być także wypłacone w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.
 - 2.5. Towarzystwo zobowiązane jest do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w terminie **30 dni** od dnia otrzymania stosownego zawiadomienia odnośnie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, natomiast:
 - **jeśli wyjaśnienie wszystkich okoliczności niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa będzie niemożliwe w terminie 30 dni**, Towarzystwo wypłaci świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy dołożeniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe – Towarzystwo zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie o przyczynach niemożności wypłaty roszczenia w całości lub części oraz wypłaca bezsporną część świadczenia.
 - 2.6. **Jeśli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż to określono w zgłoszonym roszczeniu**, Towarzystwo informuje o tym fakcie pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności i podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

⁵ Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

⁶ Zobacz: „Limity i opłaty kwotowe w ubezpieczeniach indywidualnych”

VIII. Zmiany w rocznicę ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może wnioskować o dokonanie w pierwszą i każdą kolejną rocznicę ubezpieczenia (za zgodą Towarzystwa) następujących zmian:
 - zmiana wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, przy zachowaniu dotychczasowej wysokości składek regularnych,
 - zmiana częstotliwości opłacania składek regularnych.
- 1.1. Ubezpieczający może wnioskować o dokonanie powyżej wymienionych zmian w każdym czasie, natomiast wniosek będzie rozpatrywany, jeśli dotrze do Towarzystwa nie później niż 30 dni przed najbliższą rocznicą ubezpieczenia.
2. **Oplata za zmianę umowy** – jeśli Towarzystwo wyrazi zgodę na dokonanie zmiany wysokości sumy ubezpieczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego (innej niż wynikająca z indeksacji) lub zmiany częstotliwości opłacania składek regularnych, to Towarzystwo uprawnione jest do potrącenia z rachunku podstawowego **opłaty za zmianę umowy (20 zł)**.
 - 2.1. Potrącenia opłaty za zmianę dokonuje się poprzez odliczenie odpowiedniej liczby jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, proporcjonalnie do udziału poszczególnych funduszy w wartości polisy w dniu dokonania zmiany oraz zgodnie z wartością jednostek funduszy obowiązującą w tym dniu.

IX. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

1. **Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:**
 - a) **Gdy ubezpieczający odstąpi od umowy w terminie 30 dni od dnia doręczenia mu polisy.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy. W przypadku odstąpienia od umowy, Towarzystwo zwraca ubezpieczającemu wpłaconą składkę w wysokości nominalnej, przy czym Towarzystwo ma prawo potrącić składkę za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. Składka jest zwracana w terminie nie dłuższym niż 30 dni od dnia rozwiązania umowy.
 - b) **Gdy nastąpi śmierć ubezpieczonego.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem nastąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - c) **Gdy nastąpi śmierć jednego ze współubezpieczonych lub jednoczesna śmierć współubezpieczonych.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem nastąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego.
 - d) **Gdy ubezpieczający wypowie umowę, co może mieć miejsce w każdym czasie jej trwania.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z następnym dniem po dniu, w którym Towarzystwo otrzymało oświadczenie ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy.
 - e) **Gdy ubezpieczający nie opłaci w terminie składki regularnej należnej w pierwszych dwóch latach ubezpieczenia.** Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki, wyznaczając dodatkowy 7-dniowy, licząc od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania Towarzystwa termin na zapłacenie zaległej składki. Jeśli zaległa składka nie zostanie opłacona w dodatkowym, wyznaczonym przez Towarzystwo terminie, **umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z ostatnim dniem tego terminu.**
 - f) **Gdy wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie należnych Towarzystwu opłat oraz kosztów.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z ostatnim dniem miesiąca ubezpieczenia, poprzedzającego miesiąc, w którym pierwszego dnia wartość polisy byłaby niewystarczająca na pokrycie należnych Towarzystwu opłat oraz kosztów. Powyższy zapis nie dotyczy pierwszych 10 lat trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że umowa ubezpieczenia przez okres pierwszych 10 lat nie była przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe czy w umowę z zawieszoną płatnością składek oraz pod warunkiem, że we wspomnianym powyżej okresie wszystkie składki regularne były płacone terminowo i w wymaganej wysokości.
 - g) **Gdy rozwiązaniu ulegnie umowa dodatkowa.** Umowę ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem i w okolicznościach wskazanych w ogólnych warunkach umowy dodatkowej (umowa dodatkowa Ubezpieczenia Ryzyka Powstania Niezdolności do Pracy, umowa dodatkowa Ubezpieczenie Następstw Nieszczęśliwych Wypadków „Na Wypadek” (w przypadku śmierci ubezpieczonego).

2. Wartość odstąpienia

- 2.1. Jeśli rozwiązanie umowy ubezpieczenia „Plus” następuje w okolicznościach, które nie powodują zwrotu składki, ani wypłaty świadczenia z tytułu umowy głównej lub z tytułu jakiegokolwiek umowy dodatkowej, to Towarzystwo wypłaca ubezpieczającemu albo jego spadkobiercom wartość odstąpienia:
- jeśli rozwiązanie umowy ubezpieczenia ma miejsce **przed upływem drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia lub gdy nie opłacono składek należnych za okres pierwszych dwóch lat ubezpieczenia to wartość odstąpienia równa jest wartości lokacyjnej.**
 - jeśli rozwiązanie umowy ubezpieczenia ma miejsce **po upływie dwóch lat trwania ubezpieczenia, to wartość odstąpienia równa jest sumie wartości polisy oraz wartości lokacyjnej, pod warunkiem zapłacenia składki regularnej należnej za ten okres.**
- 2.2. Wspomnianą powyżej wartość polisy oraz wartość lokacyjną oblicza się jako iloczyn liczby oraz wartości jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych zgromadzonych na rachunku podstawowym (wartość polisy) i rachunku lokacyjnym (wartość lokacyjna) w dniu rozwiązania umowy.
- 2.3. Wypłata wartości odstąpienia następuje w terminie **30 dni** od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
- 2.4. Wypłata wartości odstąpienia dokonywana jest przelewem na rachunek bankowy uprawnionego do otrzymania wartości odstąpienia, lub w inny sposób uzgodniony z Towarzystwem.

X. Pozostałe informacje

Cesja – ubezpieczający i ubezpieczony mogą, za uprzednią zgodą Towarzystwa przenieść prawa przysługujące im z umowy ubezpieczenia na osoby trzecie.

Prawo właściwe dla umowy ubezpieczenia – prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej, natomiast:

- **jeżeli miejsce zamieszkania lub siedziba zarządu ubezpieczającego znajduje się w Państwie członkowskim Unii Europejskiej** wówczas prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo tego państwa,
- **jeżeli ubezpieczający jest osobą fizyczną, która ma miejsce zamieszkania w państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż państwo, którego jest obywatelem**, ubezpieczający może przed zawarciem umowy ubezpieczenia wybrać prawo państwa członkowskiego Unii Europejskiej, którego jest obywatelem.

Zestawienie opłat –

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty
<i>Oplata manipulacyjna</i>	1,55 zł
<i>Oplata administracyjna</i>	1,91 zł 1,20 zł - w przypadku ubezpieczenia bezskładkowego
<i>Oplata operacyjna</i>	50 zł
<i>Oplata za zmianę funduszu</i>	20 zł
<i>Oplata za zmianę umowy</i>	20 zł