

**Ogólne warunki ubezpieczenia na życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym
Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE)
IKZE-2026-V1**

**Skorowidz najistotniejszych postanowień Ogólnych warunków ubezpieczenia na życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym
Indywidualne Konto Zabezpieczenia Emerytalnego (IKZE), dalej zwane „OWU”.**

Rodzaj informacji	Numer jednostki redakcyjnej wzorca, w której zawarte są informacje
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartość wykupu ubezpieczenia	§3 OWU; §5 OWU; §6 OWU; §7 OWU; §11 OWU; §12 OWU; §13 OWU; §15 OWU;
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§2 ust. 1 pkt 1, 2, 13, 18, 37 OWU; §3 OWU; §5 OWU; §7 OWU;
3. Koszty oraz wszelkie inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§2 ust. 1 pkt 6, pkt 22 OWU; §8 ust. 8 OWU; §10 ust. 7-9 OWU; oraz w wykazie opłat i limitów; oraz w Regulaminie UFK w §6;
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§11 ust. 5-7 OWU; §12 ust. 5 OWU; §13 ust. 6 oraz ust. 8-10 OWU;

Spis treści

§1. INFORMACJE OGÓLNE	3
§2. SŁOWNIK – CO OZNACZAJĄ UŻYTE POJĘCIA	3
§3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
§4. UMOWA UBEZPIECZENIA	5
§5. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI	5
§6. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	6
§7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI	8
§8. SKŁADKA ORAZ SKŁADKA ZA PODSTAWOWĄ OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ	8
§9. ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA	9
§10. RACHUNEK IKZE	10
§11. ZWROT Z RACHUNKU IKZE	10
§12. WYPŁATA TRANSFEROWA	11
§13. WYPŁATA	11
§14. UPRAWNIENI	11
§15. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO	12
§16. REKLAMACJE – JAK ZŁOŻYĆ	13
§17. UPADŁOŚĆ I LIKWIDACJA UBEZPIECZYCIELA	13
§18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	13

§1. INFORMACJE OGÓLNE

1. Niniejsze OWU przyjęto Uchwałą Zarządu CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 09/P/2020 z dnia 04.11.2020 r. i zmieniono Uchwałą Zarządu CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. nr 11/P/2022 z dnia 19.05.2022 r., nr 09/P/2023 z dnia 06.03.2023 r. oraz nr 32/P/2025 z dnia 19.12.2025 r., oznaczenie niniejszych OWU: IKZE-2026-V1, mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawartych od dnia 01.01.2026 r.
2. Na podstawie OWU, CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A., zwana dalej zakładem ubezpieczeń lub ubezpieczycielem, zawiera umowy ubezpieczenia z ubezpieczającymi.

§2. SŁOWNIK – CO OZNACZAJĄ UŻYTE POJĘCIA

1. Ilekroć w OWU, w regulaminie UFK, we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i polisie, a także w innych dokumentach, pismach i oświadczeniach związanych z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia, używamy wymienionych poniżej terminów, należy przez nie rozumieć:
 - 1) **akt przemocy** – celowe użycie siły fizycznej przeciwko sobie lub innej osobie, które powoduje: ból, choroby, zaburzenia psychiczne, urazy, a nawet śmierć;
 - 2) **akt terroru** – działanie indywidualne lub grupowe z bezprawnym użyciem przemocy, broni lub groźby ich użycia wobec osób lub mienia, aby osiągnąć cele ideologiczne, religijne, społeczne, polityczne lub ekonomiczne. Działanie to ma na celu wprowadzenie chaosu, zastraszanie ludności, dezorganizację życia publicznego, funkcjonowania transportu publicznego, zakładów usługowych lub wytwórczych;
 - 3) **agent ubezpieczeniowy** – podmiot wpisany do rejestru agentów ubezpieczeniowych prowadzonego przez Komisję Nadzoru Finansowego, posiadający pełnomocnictwo do wykonywania czynności agencyjnych w imieniu i na rzecz zakładu ubezpieczeń, na podstawie zawartej umowy agencyjnej, związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU;
 - 4) **alokacja** – zamiana środków pieniężnych na jednostki uczestnictwa ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego;
 - 5) **część alokowana składki (nazywana również składką zainwestowaną)** – część zapłaconej składki, która jest przeznaczona do inwestowania w UFK na rachunku IKZE. Część alokowana składki zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego i jest określona w wykazie opłat i limitów;
 - 6) **część niealokowana składki** – część zapłaconej składki, która nie jest przeznaczona do inwestowania w UFK na rachunku IKZE. Część niealokowana składki zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego i jest określona w wykazie opłat i limitów. Część niealokowana składki jest przeznaczona na pokrycie:
 - kosztów ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia w razie zgonu ubezpieczającego lub wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania,
 - kosztów obsługi ubezpieczenia przez zakład ubezpieczeń,
 - kosztów dystrybucji ponoszonych na rzecz agenta ubezpieczeniowego,
 - wynagrodzenia zakładu ubezpieczeń;
 - 7) **dzień wyceny** – dzień, w którym ustalana jest wartość ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego. Dniem wyceny jest każdy dzień, w którym odbywają się regularne sesje na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie S.A.;
 - 8) **fundusz** (nazywany również ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym lub UFK) – wydzielony fundusz aktywów zakładu ubezpieczeń wskazany w wykazie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych w ramach umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE), inwestowany w sposób określony w regulaminie UFK;
 - 9) **instytucja finansowa** – fundusz inwestycyjny, podmiot prowadzący działalność maklerską, zakład ubezpieczeń, bank, dobrowolny fundusz emerytalny, prowadzące IKZE;
 - 10) **jednostka uczestnictwa funduszu (nazywana również jednostką uczestnictwa UFK)** – części o równej wartości, na które jest podzielony ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. Jednostki uczestnictwa funduszu nie stanowią odrębnego od umowy ubezpieczenia prawa, nie mogą być zbywane i obciążane na rzecz osób trzecich, nie są oprocentowane;
 - 11) **limit wpłat na rachunek IKZE** – maksymalna kwota zainwestowanych składek (części alokowane składki), którą ubezpieczający może wpłacić na rachunek IKZE w danym roku kalendarzowym zgodnie z przepisami ustawy;
 - 12) **miesiąc polisowy** – miesięczny okres, który rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia okresu odpowiedzialności a następnie w takim samym dniu każdego kolejnego miesiąca kalendarzowego trwania okresu odpowiedzialności, a jeśli nie ma takiego dnia w danym miesiącu kalendarzowym, w ostatnim dniu tego miesiąca; miesiąc polisowy kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień rozpoczęcia następnego miesiąca polisowego;

- 13) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, które wystąpiło w okresie odpowiedzialności, jest niezależne od woli ubezpieczającego, jest przyczyną zdarzenia ubezpieczeniowego oraz które wywołały czynniki zewnętrzne, czyli takie, które pochodzą spoza organizmu ubezpieczającego. Zdarzenia wywołane procesami wewnątrz organizmu, takie jak zawał serca, udar mózgu, krwotok i inne choroby, nawet jeżeli wystąpiły nagle, nie są nieszczęśliwym wypadkiem w rozumieniu OWU, chyba że były one następstwem nagłego zdarzenia wywołanego przyczyną zewnętrzną;
- 14) **ochrona ubezpieczeniowa** – zobowiązanie zakładu ubezpieczeń do wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 15) **okres odpowiedzialności** – okres, w którym zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 16) **OWU** – niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE);
- 17) **polisa** – dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- 18) **poważne zachorowanie** – należy rozumieć jedną z niżej opisanych chorób lub jeden z niżej opisanych zabiegów operacyjnych:
 - a) **łagodny nowotwór mózgu** – niezłośliwy nowotwór tkanki mózgowej, opon mózgowych lub nerwów czaszkowych w obrębie czaszki, który powoduje trwały ubytek neurologiczny oraz który potwierdzono wynikiem badania obrazowego: rezonansu magnetycznego (MRI) lub tomografii komputerowej (CT). Za wystąpienie łagodnego nowotworu mózgu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
 - b) **nowotwór złośliwy** – niekontrolowany inwazyjny wzrost i rozprzestrzenianie się komórek patologicznych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek lub tworzenie odległych przerzutów. Ochrona obejmuje również białaczkę, chłoniaka złośliwego i ziarnicę złośliwą (choroba Hodgkina). Zakresem ubezpieczenia objęty jest także czerniak III stopnia Clarka lub czerniak w skali Breslowa o głębokości nacieku większej niż 0,75 mm.
Ochrona obejmuje nowotwór złośliwy, który został zdiagnozowany w okresie odpowiedzialności wynikiem histopatologicznym i sklasyfikowany jako nowotwór złośliwy przez lekarza specjalistę. Za wystąpienie nowotworu złośliwego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
 - c) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata funkcji ruchowej dowolnych dwóch bądź więcej kończyn wskutek nieszczęśliwego wypadku lub choroby, które zaistniały w okresie odpowiedzialności i która utrząże się co najmniej 3 miesiące. Za wystąpienie paraliżu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
 - d) **poważne oparzenie ciała** – oparzenie trzeciego stopnia, w tym odmrożenia, obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała, w tym twarzy lub w przypadku tylko twarzy – co najmniej 50% jej powierzchni. Za wystąpienie poważnego oparzenia ciała uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
 - e) **przeszczep narządu** – leczenie operacyjne przeprowadzone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa polegające na przeszczepieniu ubezpieczającemu jako biorcy jednego z następujących narządów: serce, płuca, wątroba, cała trzustka albo polegające na allogenicznym przeszczepie szpiku kostnego. Ochroną jest objęty przeszczep narządów przeprowadzony w okresie odpowiedzialności. Za datę wystąpienia przeszczepu narządu uważa się datę wykonania przeszczepu;
 - f) **przewłoka niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek, które wymaga stałej dializoterapii lub przeszczepu nerki. Za wystąpienie przewłokłej niewydolności nerek uważa się datę jej zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
 - g) **stwardnienie rozsiane** – przewłoka choroba ośrodkowego układu nerwowego, u podłoża której leży demielinizacja włókien nerwowych w obrębie mózgu i rdzenia kręgowego. Diagnoza musi potwierdzać: ubytek neurologiczny, przynajmniej umiarkowane, utrzymujące się anomalie neurologiczne i towarzyszące im zaburzenia przez okres co najmniej 6 miesięcy obecności typowych objawów demielinizacji oraz upośledzenie funkcji motorycznych lub czuciowych, powstanie deficytu neurologicznego w stopniu co najmniej 3.0 wg rozszerzonej skali stanu niepełnosprawności (EDSS) lub równoważnego wyniku w innej skali określającej stopień niepełnosprawności. Diagnoza musi być dodatkowo poparta wynikiem badania obrazowego: rezonansem magnetycznym (MRI) lub tomografią komputerową (CT). Za wystąpienie stwardnienia rozsianego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;

- h) **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi lub krwotokiem do tkanki mózgowej, co powoduje wystąpienie wszystkich niżej wymienionych okoliczności: istnienie nieodwracalnego deficytu neurologicznego, który jest potwierdzony nie wcześniej niż 60 dni po udarze, obecność świeżych zmian w tkance mózgowej wynikająca z udaru, potwierdzona badaniem obrazowym, rezonansem magnetycznym (MRI) lub tomografią komputerową (CT). Za wystąpienie udaru mózgu uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
- i) **utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna utrata możliwości widzenia w obu oczach, (ostrość widzenia = 0 z brakiem poczucia światła), spowodowana chorobą lub nieszczęśliwym wypadkiem. Utratę wzroku stwierdza lekarz specjalista po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku powodujących utratę wzroku. Za wystąpienie utraty wzroku uważa się datę jej zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
- j) **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego z powodu nagłego przerwania dopływu krwi do mięśnia sercowego. Zawał serca musi być potwierdzony wzrostem lub spadkiem stężenia biomarkerów sercowych we krwi: troponiny I, troponiny T lub CK-MB, do poziomu uznanego za poziom diagnostyczny ostrego zawału mięśnia sercowego, przy jednoczesnym wystąpieniu co najmniej dwóch z poniższych oznak niedokrwienia mięśnia sercowego: typowych z medycznego punktu widzenia objawów ostrego zawału mięśnia sercowego, obecności zmian w elektrokardiogramie (EKG) wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego, świeża utrata żywotności mięśnia sercowego (łac. myocardium) lub świeże regionalne zaburzenia jego funkcji skurczowej, potwierdzone w badaniu obrazowym. Za wystąpienie zawału mięśnia sercowego uważa się datę jego zdiagnozowania przez lekarza specjalistę w okresie odpowiedzialności;
- 19) **rachunek IKZE** – rejestr prowadzony w ramach UFK odrębnie dla każdej umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa funduszu;
- 20) **regulamin UFK** – dokument, który określa zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wskazanych w wykazie UFK oraz charakteryzujący aktywność ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, kryteria doboru aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne;
- 21) **składka** – kwota należna zakładowi ubezpieczeń w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki określona w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia. Składka dzieli się na część alokowaną składki i część niealokowaną składki. Podział składki zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego i jest określony w wykazie opłat i limitów. Składka płatna jest przy zawarciu umowy ubezpieczenia oraz w trakcie jej trwania;
- 22) **składka za podstawową ochronę ubezpieczeniową** – kwota należna zakładowi ubezpieczeń w wysokości określonej w wykazie opłat i limitów. Składka za podstawową ochronę ubezpieczeniową jest płatna jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia wraz z pierwszą zadeklarowaną składką. Składka za podstawową ochronę ubezpieczeniową jest przeznaczona na pokrycie:
- kosztów ochrony ubezpieczeniowej zakładu ubezpieczeń w zakresie podstawowej sumy ubezpieczenia z tytułu zgonu ubezpieczającego z innej przyczyny niż wskutek nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu zgonu ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku,
 - kosztów dystrybucji na rzecz agenta ubezpieczeniowego,
 - wynagrodzenia zakładu ubezpieczeń;
- 23) **suma ubezpieczenia** – kwota określona zgodnie z OWU stanowiąca część świadczenia ubezpieczeniowego; suma ubezpieczenia dzieli się na:
- a) **podstawową sumę ubezpieczenia** – z tytułu zgonu ubezpieczającego z innej przyczyny niż wskutek nieszczęśliwego wypadku albo z tytułu zgonu ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku, niezależnie od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- b) **dodatkową sumę ubezpieczenia** – z tytułu zgonu ubezpieczającego lub z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania; dodatkowa suma ubezpieczenia zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 24) **świadczenie ubezpieczeniowe** – świadczenie pieniężne zakładu ubezpieczeń wypłacane uprawnionemu albo ubezpieczającemu z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 25) **ubezpieczający (nazywany również oszczędzającym)** – osoba fizyczna, posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, zawierająca z zakładem ubezpieczeń umowę ubezpieczenia na własną rzecz oraz zobowiązana do zapłaty składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową.

Ubezpieczający jest jednocześnie osobą objętą ochroną ubezpieczeniową (ubezpieczony). Ubezpieczający jest oszczędzającym w rozumieniu ustawy;



Ubezpieczający zawiera umowę ubezpieczenia na własną rzecz i jest jednocześnie ubezpieczonym; dla ułatwienia w OWU posługujemy się tylko pojęciem ubezpieczającego lub oszczędzającego.

- 26) **umowa ubezpieczenia** – umowa indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w ramach której prowadzone jest indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego oszczędzającego w rozumieniu ustawy, zawarta przez ubezpieczającego z zakładem ubezpieczeń na podstawie OWU;
- 27) **uprawniony** – osoba uprawniona do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczającego albo świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku;
- 28) **ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych oraz indywidualnych kontaktach zabezpieczenia emerytalnego;
- 29) **wartość jednostki uczestnictwa funduszu (nazywana również wartością jednostki uczestnictwa UFK)** – wartość aktywów netto danego funduszu podzielona przez liczbę wszystkich jednostek uczestnictwa funduszu zgromadzonych w danym funduszu na dzień wyceny; wartość jednostki uczestnictwa funduszu w dniu innym niż dzień wyceny równa jest wartości jednostki funduszu z ostatniego dnia wyceny;
- 30) **wartość rachunku IKZE** – łączna wartość jednostek uczestnictwa funduszu zaewidencjonowanych na rachunku IKZE oszczędzającego;
- 31) **wpłata transferowa** – przeniesienie na rachunek IKZE prowadzony przez ubezpieczyciela środków:
- a) zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie zabezpieczenia emerytalnego prowadzonym przez inną instytucję finansową;
- b) zgromadzonych na indywidualnym koncie zabezpieczenia emerytalnego innej osoby niż oszczędzający, która wskazała oszczędzającego jako uprawnionego do otrzymania środków pieniężnych po jej zgonie;
- 32) **wypłata** – wypłata jednorazowa albo wypłata w ratach środków zgromadzonych na rachunku IKZE dokonywana na rzecz:
- a) oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w §13 ust. 1 lub ustawie, albo
- b) uprawnionego, w przypadku zgonu oszczędzającego;
- 33) **wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych na rachunku IKZE do innej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego na wniosek oszczędzającego albo uprawnionego;
- 34) **wykaz opłat i limitów** – dokument stanowiący załącznik do OWU, w którym wskazane są:
- a) składki i opłaty pobierane przez zakład ubezpieczeń, w tym:
- minimalna wysokość składek i ich częstotliwość,
 - informacja o limicie wpłat na rachunek IKZE,
 - podział składki w poszczególnych wariantach ubezpieczenia na część alokowaną składki i część niealokowaną składki,
 - wysokość składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową,
 - wysokość opłaty za zarządzanie UFK,
- b) informacja o opłatach pobieranych odrębnie przez towarzystwo funduszy inwestycyjnych (TFI) z funduszy inwestycyjnych wchodzących w skład UFK,
- c) przykład, jak dzielimy składkę,
- d) przykład, jak obliczamy opłatę za zarządzanie;
- 35) **wykaz UFK** – dokument zawierający wykaz ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych oferowanych w ramach umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego (IKZE);
- 36) **zakład ubezpieczeń (ubezpieczyciel)** – CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. z siedzibą we Wrocławiu;
- 37) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zajście w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń następujących zdarzeń:
- a) zgonu ubezpieczającego lub
- b) zgonu ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku lub
- c) poważnego zachorowania u ubezpieczającego;
- 38) **zwrot z rachunku IKZE** – wycofanie całości środków zgromadzonych na rachunku IKZE, jeżeli nie zachodzą przesłanki wypłaty bądź wypłaty transferowej.

§3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie lub zdrowie ubezpieczającego.
2. Ubezpieczenie jest związane z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w ramach którego są gromadzone i inwestowane środki pieniężne. Ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem w UFK ponosi ubezpieczający.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej zależy od wariantu ubezpieczenia. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wybiera wariant ubezpieczenia, w ramach którego jest obejmowany ochroną ubezpieczeniową. Wariant ubezpieczenia wybrany przez ubezpieczającego jest wskazany na polisie.
4. Warianty ubezpieczenia różnią się zakresem ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokością świadczenia ubezpieczeniowego. Wysokość sumy ubezpieczenia jest określona w §6 ust. 5.

Tabela nr 1

zakres ochrony ubezpieczeniowej	wariant ubezpieczenia			
	I	II	III	IV
podstawowa suma ubezpieczenia				
niezależnie od wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego				
zgon ubezpieczającego z innej przyczyny niż skutek nieszczęśliwego wypadku				
zgon ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku		✓		
dodatkowa suma ubezpieczenia				
wypłacana, jeżeli ubezpieczający nie osiągnął 60 lat w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego				
zgon ubezpieczającego – dodatkowa suma ubezpieczenia określona w §6 ust. 5, w tabeli nr 3 pkt 1	✓	✓	✓	✓
zgon ubezpieczającego – dodatkowa suma ubezpieczenia określona w §6 ust. 5, w tabeli nr 3 pkt 2	brak	brak	✓	✓
wystąpienie u ubezpieczającego poważnego zachorowania – dodatkowa suma ubezpieczenia określona w §6 ust. 5, w tabeli nr 3 pkt 3	brak	✓	brak	✓

5. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje wystąpienie u ubezpieczającego tylko jednego poważnego zachorowania, o którym mowa w OWU, z zastrzeżeniem, że w okresie odpowiedzialności:
 - 1) w przypadku nowotworu złośliwego - została postawiona diagnoza w wyniku histopatologicznym i został zdiagnozowany przez lekarza specjalistę;
 - 2) w przypadku łagodnego nowotworu mózgu, paraliżu, poważnego oparzenia ciała, przewlekłej niewydolności nerek, stwardnienia rozsianego, udaru mózgu, utraty wzroku, zawału serca - zostały zdiagnozowane przez lekarza specjalistę;
 - 3) w przypadku przeszczepu narządu – został przeprowadzony przeszczep narządu.
6. Przez pierwsze 90 (dziewięćdziesiąt) dni, licząc od pierwszego dnia nieprzerwanego okresu udzielania ochrony ubezpieczeniowej w zakresie poważnego zachorowania, ochroną ubezpieczeniową objęte jest wystąpienie u ubezpieczającego poważnego zachorowania wyłącznie wskutek nieszczęśliwego wypadku.
7. Ubezpieczający z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania może otrzymać świadczenie ubezpieczeniowe tylko raz w ramach danej umowy ubezpieczenia.

§4. UMOWA UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osoba zamierzająca zawrzeć umowę składa oświadczenia wymagane zgodnie z ustawą.
2. Umowę ubezpieczenia może zawrzeć ubezpieczający, który w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnął 18 lat i który

w pierwszym dniu okresu odpowiedzialności nie osiągnął (dzień osiągnięcia określonego wieku rozumiany jest jako data urodzin):

- 1) 60 lat, w przypadku wyboru wariantu ubezpieczenia: II, III, IV
 - 2) 70 lat, w przypadku wyboru wariantu ubezpieczenia I.
- Zakład ubezpieczeń przed zawarciem umowy ubezpieczenia zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa dokona oceny czy umowa ubezpieczenia jest odpowiednia do potrzeb ubezpieczającego, chyba że ubezpieczający odmówi wypełnienia ankiety stanowiącej podstawę oceny.

Przykład, jak rozumieć osiągnięcie określonego wieku



Przykład 1	Osoba, która urodziła się 20.05.2002 r.: - w dniu 19.05.2020 r. nie osiągnęła 18 lat - w dniu 20.05.2020 r. osiągnęła 18 lat
Przykład 2	Osoba, która urodziła się 20.05.1960 r.: - w dniu 19.05.2020 r. nie osiągnęła 60 lat - w dniu 20.05.2020 r. osiągnęła 60 lat

3. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem złożenia przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Data zawarcia umowy ubezpieczenia jest wskazana na polisie.
 4. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na czas nieokreślony.
 5. Ubezpieczający może być objęty ochroną ubezpieczeniową w danym czasie tylko w ramach jednej umowy ubezpieczenia.
 6. Ubezpieczający, który dokonał wypłaty jednorazowej albo wypłaty pierwszej raty, nie może ponownie zawrzeć umowy ubezpieczenia.
 7. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) po upływie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, ale nie później niż z dniem wypłaty środków,
 - 2) z dniem wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu zgonu ubezpieczającego albo z tytułu zgonu ubezpieczającego w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) z dniem wypłaty jednorazowo lub wypłaty ostatniej raty, zgodnie z §13,
 - 4) z dniem przekazania wypłaty transferowej,
 - 5) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w innych przypadkach wskazanych w OWU lub wynikających z przepisów prawa, niż te wskazane w pkt 1-4 powyżej,
- w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpi pierwsze.

§5. OKRES ODPOWIEDZIALNOŚCI

1. Okres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następującego po zawarciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem zapłaty przez ubezpieczającego pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem §3 ust. 6.
 2. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w związku z dokonaniem wpłaty transferowej, o której mowa w §2 ust. 1 pkt 31, okres odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od następnego dnia po dniu przyjęcia wpłaty transferowej, ale pod warunkiem zapłaty przez ubezpieczającego pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem §3 ust. 6 oraz §8 ust. 15.
 3. Okres odpowiedzialności w ramach umowy ubezpieczenia w stosunku do ubezpieczającego kończy się:
 - 1) z dniem otrzymania przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) w zakresie poważnego zachorowania - z dniem wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczającego, jeśli wypłaciliśmy świadczenie na podstawie OWU,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczającego,
 - 4) z dniem otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę jednorazowo lub w ratach, zgodnie z §13,
 - 5) z dniem otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę transferową, zgodnie z §12,
 - 6) z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy ubezpieczenia w innych przypadkach wskazanych w OWU lub wynikających z przepisów prawa, niż te wskazane w pkt 1-5 powyżej,
- w zależności od tego, które z zdarzeń nastąpi pierwsze.

§6. WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Wysokość świadczenia ubezpieczeniowego zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem §3 i §7.
2. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie zgonu ubezpieczającego, jest obliczane jako kwota:
 - 1) środków zgromadzonych na rachunku IKZE oraz
 - 2) podstawowej sumy ubezpieczenia niezależnie od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego oraz
 - 3) dodatkowej sumy ubezpieczenia, która zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

3. W razie zgonu ubezpieczającego, w zależności od wniosku uprawnionego, środki zgromadzone na rachunku IKZE podlegają wypłacie albo wypłacie transferowej, na zasadach określonych w §12 lub w §13. Suma ubezpieczenia w razie zgonu ubezpieczającego jest wypłacana uprawnionemu na zasadach określonych w §15.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe w razie wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania polega na przejęciu opłacania składek w wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia wskazanej w ust. 5 w tabeli nr 3 w pkt 3, w ramach wariantu ubezpieczenia określonego zgodnie z §9 ust. 6 oraz zgodnie z tabelą nr 7. Suma ubezpieczenia w razie wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania jest wypłacana ubezpieczającemu jednorazowo w sposób i na zasadach określonych w ust. 6-7 oraz w §15.
5. Wysokość sumy ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego jest określona w tabeli nr 2 oraz w tabeli nr 3.

Tabela nr 2

PODSTAWOWA SUMA UBEZPIECZENIA				
niezależnie od wieku ubezpieczającego w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego				
zakres ochrony ubezpieczeniowej	wariant ubezpieczenia			
	I	II	III	IV
	wysokość podstawowej sumy ubezpieczenia			
zgon ubezpieczającego z innej przyczyny niż wskutek nieszczęśliwego wypadku	100 zł			
zgon ubezpieczającego wskutek nieszczęśliwego wypadku	2 000 zł			

Tabela nr 3

DODATKOWA SUMA UBEZPIECZENIA		
wypłacana, jeżeli ubezpieczający nie osiągnął 60 lat w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego		
zakres ochrony ubezpieczeniowej	wysokość dodatkowej sumy ubezpieczenia	wariant ubezpieczenia
1) zgon ubezpieczającego	wyższa z dwóch wartości: 0 zł albo różnica pomiędzy łączną wartością nabycia a łączną wartością umorzenia tych jednostek uczestnictwa funduszu, które były zaewidencjonowane na rachunku IKZE na dzień umorzenia środków zgromadzonych na rachunku IKZE w związku z wypłatą świadczenia ubezpieczeniowego, poza jednostkami uczestnictwa funduszu nabytymi za wpłatę transferową;	I, II, III, IV
2) zgon ubezpieczającego	20% zainwestowanych składek, nie więcej niż 20 000 zł;	III, IV
3) wystąpienie u ubezpieczającego poważnego zachorowania	a) w pierwszych 12 miesiącach polisowych udzielania nieprzerwanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania: składka zadeklarowana przemnożona przez częstotliwość opłacania składki; zadeklarowaną składkę oraz częstotliwość opłacania składki ustala się na podstawie ostatniej zadeklarowanej wysokości składki dla danej częstotliwości opłacania składek przed dniem wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania b) po pierwszych 12 miesiącach polisowych udzielania nieprzerwanie ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania: łączna wartość opłaconych składek w okresie 12 miesięcy, poprzedzających wystąpienie poważnego zachorowania, w których była udzielana nieprzerwanie ochrona ubezpieczeniowa w zakresie poważnego zachorowania.	II, IV

6. W razie wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania suma ubezpieczenia jest wypłacana ubezpieczającemu z zachowaniem odpowiednio zasad określonych w §8 ust. 8-12 dla składek opłacanych przez ubezpieczającego w danym wariantcie ubezpieczenia. Suma ubezpieczenia jest wypłacana na rachunek bankowy do wpłaty składek wskazany w polisie. Suma ubezpieczenia w części stanowiącej część alokowaną składki jest alokowana na rachunku IKZE. Suma ubezpieczenia w części stanowiącej część niealokowaną składki pokrywa koszty ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia w ramach wariantu ubezpieczenia określonego zgodnie z §9 ust. 6 oraz zgodnie z tabelą nr 7.
7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, zakup jednostek uczestnictwa UFK następuje w terminie i według wartości jednostki uczestnictwa UFK odpowiednio zgodnie z §10 ust. 4.
8. W przypadku zmiany wariantu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, o której mowa w §9 ust. 3, dodatkowa suma ubezpieczenia w razie zgonu ubezpieczającego określona w ust. 5 w tabeli nr 3 pkt 2, jest obliczana od składek zainwestowanych na rachunku IKZE po zmianie wariantu ubezpieczenia, chyba że zmiana wariantu ubezpieczenia nie powoduje zmiany w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia.
9. W metodach kalkulacji rezerw techniczno-ubezpieczeniowych nie ma czynników, które mogą mieć wpływ na wysokość świadczenia ubezpieczeniowego.



Przykłady, jak obliczamy i jak wypłacamy
sumę ubezpieczenia w przypadku
zajścia u ubezpieczającego poważnego zachorowania

Przykład 1:

Suma ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania:

- 1) w pierwszych 12 miesiącach polisowych jest obliczana przykładowo:
 - a) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość miesięczną (płatność składki dwanaście razy w ciągu roku) i zadeklarował składkę 300 zł, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $300 \text{ zł} * 12 = 3\,600 \text{ zł}$
 - b) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość kwartalną (płatność składki cztery razy w ciągu roku) i zadeklarował składkę 300 zł, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $300 \text{ zł} * 4 = 1\,200 \text{ zł}$
 - c) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość półroczną (płatność składki dwa razy w ciągu roku) i zadeklarował składkę 600 zł, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $600 \text{ zł} * 2 = 1\,200 \text{ zł}$
 - d) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość roczną (płatność raz w roku) i zadeklarował składkę 1 200 zł, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $1\,200 \text{ zł} * 1 = 1\,200 \text{ zł}$
- 2) po pierwszych 12 miesiącach polisowych jest obliczana przykładowo:
 - a) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość kwartalną (płatność składki cztery razy w ciągu roku) i wpłacił składkę 300 zł zgodnie z harmonogramem, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $300 \text{ zł} * 4 = 1\,200 \text{ zł}$
 - b) Jeżeli ubezpieczający wybrał częstotliwość kwartalną (płatność składki cztery razy w ciągu roku) i wpłacił składkę 300 zł zgodnie z harmonogramem, a oprócz tego wpłacił składkę dodatkową 500 zł, to suma ubezpieczenia wyniesie:
 $(300 \text{ zł} * 4) + 500 \text{ zł} = 1\,700 \text{ zł}$

Przykład 2:

20.05.2020 r.	Ubezpieczający zawarł umowę ubezpieczenia i wybrał wariant ubezpieczenia nr II. Ubezpieczający wybrał miesięczną częstotliwość opłacania składek w wysokości 200 zł.
20.06.2021 r.	Składki miesięczne były opłacane przez ubezpieczającego regularnie, każdego 20. dnia miesiąca kalendarzowego. Ubezpieczający nie wpłacił składek dodatkowych.
21.06.2021 r.	Wystąpiło u ubezpieczającego poważne zachorowanie objęte ochroną ubezpieczeniową (po pierwszych 12 miesiącach polisowych).
22.06.2021 r.	Następuje zmiana wariantu ubezpieczenia na wariant ubezpieczenia nr I.
30.06.2021 r.	Zakład ubezpieczeń przejął opłacenie składek w wysokości sumy ubezpieczenia

Obliczyliśmy wartość opłaconych składek w okresie 12 miesięcy przed dniem wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania, czyli od dnia **21.06.2020 r. do dnia 20.06.2021 r.**

Suma opłaconych składek wyniosła 2 400 zł ($12 \times 200 \text{ zł} = 2\,400 \text{ zł}$) i tyle też wyniosła suma ubezpieczenia.

Podział składki dla wariantu ubezpieczenia nr I jest następujący (ubezpieczający nie osiągnął 60 lat):

- 1) część niealokowana składki wynosi 1%, czyli 24 zł ($1\% \text{ z } 2\,400 \text{ zł}$),
- 2) część alokowana składki wynosi 99%, czyli 2 376 zł ($99\% \text{ z } 2\,400 \text{ zł}$).

Zakład ubezpieczeń za kwotę 2 376 zł nabył jednostki uczestnictwa UFK wg wartości z dnia realizacji ich nabycia i zapisał je na rachunku IKZE oszczędzającego.

Kwota 24 zł została przeznaczana na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia w razie zgonu ubezpieczającego, o której mowa w §6 ust. 5, w tabeli nr 3 pkt 1.

W ten sposób zakład ubezpieczeń pokrył składki do końca 2021 roku, do wysokości limitu wpłat na rachunek IKZE. Ubezpieczający jest zobowiązany kontynuować opłacanie składek od stycznia 2022 roku.



Przykład, jak obliczamy dodatkową sumę ubezpieczenia,
o której mowa w §6 w ust. 5 w tabeli nr 3 w pkt 2,
w przypadku zgonu ubezpieczającego po zmianie
wariantu ubezpieczenia

rodzaj operacji	zawarcie umowy ubezpieczenia	zmiana wariantu ubezpieczenia	zdarzenie ubezpieczeniowe: zgon ubezpieczającego; jak obliczymy dodatkową sumę ubezpieczenia: 20% składek zainwestowanych, nie więcej niż 20 000 zł
data	20.05.2020 r.	20.12.2020 r.	20.01.2021 r.
Przykład 1	wariant ubezpieczenia I	na wariant ubezpieczenia III	20% składek zainwestowanych (części alokowane składek) opłaconych przez ubezpieczającego po zmianie wariantu ubezpieczenia, tj. w okresie od 21.12.2020 r. do 20.01.2021 r. Jeżeli ubezpieczający wpłacił w tym czasie jedną składkę 200 zł, to 20% składki zainwestowanej do UFK wyniesie $(96\% * 200 \text{ zł} = 192 \text{ zł}): 20\% * 192 \text{ zł} = \mathbf{38,40 \text{ zł}}$
Przykład 2	wariant ubezpieczenia III	na wariant ubezpieczenia IV	20% składek zainwestowanych (części alokowane składek) opłaconych przez ubezpieczającego po zmianie wariantu ubezpieczenia, tj. w okresie od 20.05.2020 r. do 20.01.2021 r. Jeżeli ubezpieczający w tym czasie wpłacił osiem składek w III wariantcie ubezpieczenia i jedną składkę w IV wariantcie ubezpieczenia w łącznej kwocie 1 800 zł, to 20% składek zainwestowanych do UFK wyniesie $((96\% * 200 \text{ zł} * 8) + (94\% * 200 \text{ zł})) = 1\,724 \text{ zł}): 20\% * 1\,724 \text{ zł} = \mathbf{344,80 \text{ zł}}$
Przykład 3	wariant ubezpieczenia III	na wariant ubezpieczenia I	nie przysługuje

§7. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Tutaj znajdziesz informacje, w jakich sytuacjach ubezpieczenie nie działa lub nie wypłacimy sumy ubezpieczenia.



- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane w ramach umowy ubezpieczenia nie obejmuje podstawowej oraz – jeżeli ma zastosowanie – dodatkowej sumy ubezpieczenia za **zgon** ubezpieczającego, który nastąpił na skutek lub w związku z:
 - działaniami wojennymi, działaniami zbrojnymi, stanem wojennym;
 - masowym skażeniem radiologicznym, chemicznym lub biologicznym;
 - czynnym i dobrowolnym uczestnictwem ubezpieczającego w rozruchach i zamieszkach, aktach przemocy i aktach terroru lub sabotażu – za wyjątkiem sytuacji, gdy ubezpieczający działał w stanie wyższej konieczności lub obronie koniecznej;
 - epidemią lub pandemią;
 - usiłowaniem popełnienia lub popełnieniem przez ubezpieczającego przestępstwa;
 - samobójstwem ubezpieczającego, które popełnił w okresie dwóch lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane w ramach umowy ubezpieczenia nie obejmuje – jeżeli ma zastosowanie – dodatkowej sumy ubezpieczenia za **poważne zachorowanie**, które nastąpiło na skutek lub w związku z:
 - zdarzeniami wymienionymi w ust. 1 pkt 1-5;
 - pozostawianiem przez ubezpieczającego w stanie po użyciu alkoholu albo w stanie nietrzeźwości w rozumieniu przepisów o wychowywaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, lub pod wpływem narkotyków lub innych środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyłączeniem środków zażywanych przez ubezpieczającego zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - samookaleceniem się ubezpieczającego, jego próbą samobójczą i jej następstwami lub okaleceniem ubezpieczającego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności ubezpieczającego;
 - leczeniem lub zabiegami o charakterze medycznym, prowadzonymi poza kontrolą lekarską lub uprawnionych do tego osób, którym ubezpieczający dobrowolnie się poddał;
 - prowadzeniem przez ubezpieczającego pojazdu bez wymaganych przepisami prawa uprawnień lub prowadzeniem przez ubezpieczającego pojazdu, niedopuszczonego do ruchu zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
 - wypadkiem lotniczym z wyjątkiem, gdy ubezpieczający uczestniczył jako pasażer lub członek załogi w przewozie lotniczym wykonywanym przez koncesjonowanego przewoźnika lotniczego w rozumieniu obowiązujących przepisów o prawie lotniczym;
 - jednorazowym lub regularnym udziałem ubezpieczającego w niebezpiecznych aktywnościach sportowych (zawodowo, profesjonalnie bądź rekreacyjnie):
 - spadochroniarstwo, paralotniarstwo, motolotniarstwo, szybownictwo, lotniarstwo, skoki na gumowej linie (skoki bungee),
 - sporty i wyścigi motorowe lub motorowodne,
 - nurkowanie z butlą tlenową,
 - sztuki walki, sporty walki,
 - wspinaczka wysokogórska wymagająca specjalistycznego sprzętu, w tym alpinizm;
 - zakażeniem wirusem HIV, zachorowaniem na chorobę AIDS lub leczeniem chorób będących następstwem zakażenia wirusem HIV, za wyjątkiem przypadków, gdy takie zakażenie lub zachorowanie było skutkiem tego, że ubezpieczający udzielał pomocy ofierze wypadku;
 - inną przyczyną niż nieszczęśliwy wypadek przez pierwsze 90 dni okresu ubezpieczenia.
- Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane w ramach umowy ubezpieczenia nie obejmuje podstawowej sumy ubezpieczenia za **zgon** ubezpieczającego wskutek **nieszczęśliwego wypadku**, który nastąpił na skutek lub w związku z:
 - zdarzeniami wymienionymi w ust. 1 pkt 1-5;
 - zdarzeniami wymienionymi w ust. 2 pkt 2-7.
- Nie są objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych OWU, w przypadku:

- łagodnego nowotworu mózgu: torbiele, ziarniaki, ropnie, krwaki, naczyńki, perlaki, nerwiaki pourazowe, guzy przysadki mózgowej, guzy wywodzące się z tkanki kostnej;
- nowotworu złośliwego:
 - pierwszy okres ziarniaki złośliwej i zmiany ograniczone do jednego węzła chłonnego, zmiany przednowotworowe, nowotwory łagodne – z wyjątkiem łagodnego nowotworu mózgu, który jest opisany w §2 ust. 1 pkt 18 lit. a;
 - nowotwory przedinwazyjne i zmiany „in situ”;
 - dysplazja szyjki macicy;
 - nowotwór pęcherza moczowego w stadium TA;
 - przewlekła białaczka limfatyczna/ limfoblastyczna;
 - wszystkie nowotwory skóry, za wyjątkiem czerniaka opisanego §2 ust. 1 pkt 18 lit. b;
 - wczesny nowotwór gruczołu krokowego T1 (a, b i c);
 - nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
- paraliżu: przemijające osłabienia lub niedowład mięśni (porażenie niecałkowite) wynikającego z infekcji wirusowej, a także paraliż wynikający z samookaleczenia lub próby samobójczej;
- udar mózgu: przemijające ataki niedokrwienne (TIA - definiuje się jako incydent z odwracalnymi deficytami neurologicznymi nieprzekraczającymi 24 godzin), pourazowe uszkodzenia tkanki mózgowej lub naczyń krwionośnych, wtórny krwotok do istniejącego wcześniej uszkodzenia mózgu, nieprawidłowości widoczne w badaniach obrazowych, bez wyraźnie powiązanych z udarem objawów klinicznych i neurologicznych, choroby naczyniowe dotyczące oka, nerwu wzrokowego, układu przedsionkowego;
- utraty wzroku: taka utrata wzroku, którą można skorygować postępowaniem terapeutycznym, w tym leczeniem operacyjnym;
- zawału serca: inne ostre zespoły wieńcowe, uszkodzenia mięśnia sercowego, dławica piersiowa bez zawału mięśnia sercowego.

§8. SKŁADKA ORAZ SKŁADKA ZA PODSTAWOWĄ OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ

- Do zapłaty składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową oraz składek zobowiązany jest ubezpieczający. Składka za podstawową ochronę ubezpieczeniową oraz składki płatne są na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń wskazany w polisie.
- Oszczędzający jest zobowiązany do opłacenia pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 14. Jeżeli oszczędzający nie zapłaci pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową wskazanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczeniowa wygasa.
- Minimalna wysokość składek dla danego wariantu ubezpieczenia oraz danej częstotliwości opłacania składek jest określona w wykazie opłat i limitów.
- Ubezpieczający może opłacać składki:
 - w wariantcie ubezpieczenia: I, II, III, IV - z zadeklarowaną częstotliwością i wysokością, ale w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składek określona w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia oraz danej częstotliwości opłacania składek albo
 - w wariantcie ubezpieczenia I - bez zadeklarowanej częstotliwości, ale w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość składki określona w wykazie opłat i limitów.
- W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, ubezpieczający może opłacać składki miesięcznie, kwartalnie, co pół roku albo rocznie (częstotliwość opłacania składek). Częstotliwość opłacania składek odpowiada miesięcowi polisowemu lub odpowiednio jego wielokrotności. Termin płatności drugiej oraz kolejnych składek dla danej częstotliwości opłacania składek jest wskazany w polisie.
- Wysokość składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową oraz zadeklarowaną przez ubezpieczającego częstotliwość opłacania składek i ich wysokość, są wskazane w polisie.
- Opłacenie składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową uznaje się za skuteczne w dniu, w którym składka wpłynęła na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń.
- Z każdej opłaconej składki jest wydzielana część niealokowana składki. Część niealokowana składki zależy od wariantu ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczającego i jest określona w wykazie opłat i limitów.
- Suma składek zapłaconych w danym roku kalendarzowym w części alokowanej na rachunku IKZE nie może przekroczyć limitu wpłat na rachunek

- IKZE. Wpłata na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego dokonana przez oszczędzającego w danym roku kalendarzowym do innej instytucji finansowej, która dokonała wpłaty transferowej do zakładu ubezpieczeń, zaliczana jest do limitu wpłat na rachunek IKZE w tym samym roku kalendarzowym.
10. Zakład ubezpieczeń zwraca oszczędzającemu składki zapłacone w danym roku kalendarzowym, w części powodującej przekroczenie limitu wpłat na rachunek IKZE. Zwrot następuje niezwłocznie na rachunek bankowy z którego została dokonana ostatnia wpłata, ale nie później niż w terminie 7 dni od daty wpływu nadpłaty na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń.
 11. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, wpłaty przewyższające wysokość zadeklarowanej składki w danym okresie częstotliwości opłacania składek, zostaną zaliczone w pierwszej kolejności na poczet kolejnych okresów częstotliwości opłacania składek, które rozpoczynają się w danym roku kalendarzowym do wysokości zadeklarowanej składki lub minimalnej wysokości składki określonej w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia, ale w kwocie nie przekraczającej limitu wpłat na rachunek IKZE.
 12. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, wpłaty przewyższające wysokość zadeklarowanych składek dla okresów częstotliwości opłacania składek, które rozpoczynają się w danym roku kalendarzowym (składki dodatkowe), podlegają podziałowi zgodnie z ust. 8 oraz są alokowane na rachunku IKZE do limitu wpłat na rachunek IKZE. Zakład ubezpieczeń zwraca oszczędzającemu składki dodatkowe zapłacone w danym roku kalendarzowym, w części powodującej przekroczenie limitu wpłat na rachunek IKZE. Zwrot następuje niezwłocznie na rachunek bankowy, z którego została dokonana ostatnia wpłata, ale nie później niż w terminie 7 dni od daty wpływu nadpłaty na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń.
 13. Jeżeli ubezpieczający, który zadeklarował opłacanie składek zgodnie z ust. 4 pkt 1, w wariantcie ubezpieczenia: II, III, IV, w drugim lub kolejnym okresie częstotliwości opłacania składek nie opłacił co najmniej minimalnej wysokości składki określonej w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia oraz danej częstotliwości opłacania składek, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty zaległej składki z pouczeniem, że brak zapłaty składki spowoduje ustanie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w danym wariantcie ubezpieczenia po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty upływu terminu płatności składki (okres prolongaty składki). W przypadku braku opłacenia składki w tym dodatkowym terminie uważa się, że ubezpieczający zmienił wariant ubezpieczenia na wariant ubezpieczenia bez zadeklarowanej częstotliwości i wysokości składki, o którym mowa w ust. 4 pkt 2. Ochrona ubezpieczeniowa w dotychczasowym wariantcie ubezpieczenia ustaje z upływem okresu prolongaty składki, ale nie wcześniej niż z upływem 7 (siedmiu) dni od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania do zapłaty składki w dodatkowym terminie. Jeżeli ubezpieczający, który zadeklarował opłacanie składek zgodnie z ust. 4 pkt 1, w wariantcie ubezpieczenia I, w drugim lub kolejnym okresie częstotliwości opłacania składek nie opłacił co najmniej minimalnej wysokości składki określonej w wykazie opłat i limitów dla wariantu ubezpieczenia I oraz danej częstotliwości opłacania składek, przyjmuje się, że ubezpieczający zmienił sposób opłacania składki na wskazany w ust. 4 pkt 2.
 14. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia w związku z dokonaniem wpłaty transferowej, oszczędzający może dokonać wpłaty na rachunek IKZE dopiero po wpływie środków z dotychczasowej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego. Postanowienie poprzedniego zdania nie ma zastosowania, jeżeli nastąpiło otwarcie likwidacji tej instytucji, ogłoszenie jej upadłości albo prawomocne oddalenie wniosku o ogłoszenie jej upadłości lub umorzenie postępowania upadłościowego tej instytucji, jak również w razie ostatecznej decyzji właściwego organu nadzoru o cofnięciu zezwolenia albo w przypadku wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie działalności tej instytucji finansowej lub wydania przez właściwy organ decyzji o zawieszeniu działalności banku i ustanowieniu zarządu komisarycznego, o ile nie został on ustanowiony wcześniej, oraz wystąpienia do właściwego sądu z wnioskiem o ogłoszenie upadłości lub otwarcie postępowania restrukturyzacyjnego banku.
 15. W przypadku, o którym mowa w ust. 14, jeżeli pierwsza zadeklarowana składka oraz składka za podstawową ochronę ubezpieczeniową nie zostaną opłacone odpowiednio w terminie 14 dni od dnia wpływu środków z dotychczasowej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego albo w razie przesłanek wskazanych w ust. 14, w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wzywa oszczędzającego do ich zapłaty, wyznaczając dodatkowy 7-dniowy (siedmiodniowy) termin do zapłaty liczony od dnia doręczenia oszczędzającemu wezwania. Nieuiszczenie pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową w terminie wskazanym w wezwaniu oznacza, iż oszczędzający wypowiedział umowę ubezpieczenia.
 16. W przypadku, o którym mowa w ust. 14, jeżeli w terminie 60 dni od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie wpłyną środki z dotychczasowej instytucji finansowej prowadzącej indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego albo w razie przesłanek wskazanych w ust. 14, w terminie 90 dni od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wzywa oszczędzającego do złożenia dyspozycji wypłaty transferowej w dotychczasowej instytucji finansowej i okazania w tej instytucji finansowej Potwierdzenia zawarcia umowy ubezpieczenia na życie z UFK, w ramach której prowadzone jest IKZE. Jednocześnie zakład ubezpieczeń wyznacza dodatkowy 30-dniowy (trzydziestodniowy) termin do zapłaty pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową liczony od dnia doręczenia oszczędzającemu wezwania. Nieuiszczenie pierwszej zadeklarowanej składki oraz składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową w terminie wskazanym w wezwaniu oznacza, iż oszczędzający wypowiedział umowę ubezpieczenia.
 17. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1-2, wpłaty w niższej wysokości niż minimalna wysokość składki określona w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia oraz danej częstotliwości opłacania składek nie są alokowane na rachunku IKZE, z zastrzeżeniem, że nie dotyczy to składki dodatkowej, o której mowa w ust. 12. Zwrot wpłat, o których mowa w zdaniu poprzednim, następuje:
 - 1) w przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, w wariantcie ubezpieczenia: II, III, IV - po upływie dodatkowego terminu, na uregulowanie składki, o którym mowa w ust. 13;
 - 2) w przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1, w wariantcie ubezpieczenia I - w terminie 7 dni po upływie okresu częstotliwości opłacania składki, za który składka nie została opłacona;
 - 3) w przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 2, w wariantcie ubezpieczenia I - w terminie 7 dni od daty rocznicy polisy (rocznica rozpoczęcia okresu odpowiedzialności w ramach danej umowy ubezpieczenia), która przypada po dacie wpływu środków pieniężnych na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń w niższej wysokości.
 18. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający może dokonać wpłaty transferowej. Wpłata transferowa jest przekazywana na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń wskazany w potwierdzeniu zawarcia umowy ubezpieczenia o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego, które jest wydawane ubezpieczającemu w celu przedstawienia w innej instytucji finansowej.

§9. ZMIANY UMOWY UBEZPIECZENIA

1. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, może nastąpić zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 7 albo automatycznie w przypadkach określonych w ust. 5-6.
2. Zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego jest możliwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego wszystkich należnych składek do dnia, w którym ubezpieczający składa wniosek o zmianę, z zastrzeżeniem ust. 7. Zmiana wariantu ubezpieczenia obowiązuje od następnego dnia po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o zmianę wariantu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3-4.
3. Jeżeli zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego polega na zmianie wskazanej w tabeli nr 4, to dodatkowa suma ubezpieczenia w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego określona w §6 ust. 5 w tabeli nr 3 pkt 2, jest obliczana od składek zainwestowanych na rachunku IKZE po zmianie wariantu ubezpieczenia, chyba że zmiana wariantu ubezpieczenia nie powoduje zmiany w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia.

Tabela nr 4

Zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego	
z:	na:
I	II, III albo IV
II	III albo IV
III	IV

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 5-6 oraz jeżeli zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego polega na zmianie wskazanej w tabeli nr 5, ubezpieczającemu przysługuje zwrot części niealokowanej składki za okres i w zakresie niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej, chyba że zmiana wariantu ubezpieczenia nie powoduje zmiany w zakresie dodatkowej sumy ubezpieczenia.

Tabela nr 5

Zmiana wariantu ubezpieczenia na wniosek ubezpieczającego	
z:	na:
IV	I, II albo III
III	I albo II
II	I

5. Wariant ubezpieczenia ulega zmianie zgodnie z tabelą nr 6:
- 1) w przypadku nieopłacenia składki w dodatkowym terminie określonym zgodnie z §8 ust. 13 - z upływem tego dodatkowego terminu lub
 - 2) od dnia, w którym ubezpieczający osiągnął 60 lat.

Tabela nr 6

Zmiana wariantu ubezpieczenia	
z:	na:
II, III, IV	I

6. Wariant ubezpieczenia ulega zmianie zgodnie z tabelą nr 7 od następnego dnia po dniu wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczającego.

Tabela nr 7

Zmiana wariantu ubezpieczenia	
z:	na:
II	I
IV	III

7. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, ponowne wybranie wariantu ubezpieczenia II albo wariantu ubezpieczenia IV, w ramach którego zakład ubezpieczeń świadczy ochronę ubezpieczeniową w zakresie poważnego zachorowania, jest niemożliwe.
8. Składki wpłacane po zmianie wariantu ubezpieczenia podlegają podziałowi określonymu w wykazie opłat i limitów dla danego wariantu ubezpieczenia.
9. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia może nastąpić zmiana częstotliwości opłacania składek lub ich wysokości na wniosek ubezpieczającego albo automatycznie w przypadkach określonych w §8 ust. 13.
10. Zmiana częstotliwości opłacania składek lub ich wysokości na wniosek ubezpieczającego jest możliwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego wszystkich należnych składek do dnia, w którym ubezpieczający składa wniosek o zmianę. Zmiana obowiązuje od następnego dnia po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o zmianę, ale nie wcześniej niż od najbliższego nieopłaconego okresu częstotliwości opłacania składek.

§10. RACHUNEK IKZE

1. Z dniem zawarcia umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń otwiera rachunek IKZE. Oznaczenie rachunku IKZE oszczędzającego, które umożliwia jego identyfikację, stanowi numer polisy.
2. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wskazuje ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy, w który będą alokowane składki zainwestowane lub wpłaty transferowe. Ubezpieczający może wybrać tylko jeden ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający nie może zmienić ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.
3. Wpłata transferowa jest przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa funduszu wybranego przez oszczędzającego UFK w pełnej wysokości.
4. Zakup jednostek uczestnictwa UFK za składkę zainwestowaną lub wpłatę transferową, następuje nie później niż 7 dnia wyceny po dniu, w którym składka lub wpłata transferowa wpłynęła na rachunek bankowy zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem §8 ust. 15, według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji zakupu jednostek uczestnictwa UFK.
5. Operacje na jednostkach uczestnictwa UFK są realizowane według kolejności ich zgłoszenia przez ubezpieczającego.
6. Umorzenie jednostek uczestnictwa UFK następuje pod warunkiem spieniężenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedniej części aktywów funduszu.
7. Zakład ubezpieczeń z aktywów ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego w każdym dniu wyceny pobiera opłatę za zarządzanie UFK. Pobranie opłaty za zarządzanie powoduje zmianę wartości aktywów UFK, a tym samym wpływa na wartość jednostki uczestnictwa funduszu. Opłata za zarządzanie jest pobierana proporcjonalnie do liczby dni w roku, w którym pobiera się tę opłatę. Wysokość opłaty za zarządzanie UFK jest wskazana w wykazie opłat i limitów i zależy od strategii inwestycyjnej realizowanej przez UFK w danym okresie.

Opłata za zarządzanie UFK jest przeznaczona na pokrycie:

- kosztów w zakresie obsługi UFK przez zakład ubezpieczeń, w tym kosztów związanych z realizacją nabywania lub zbywania aktywów UFK, jak opłaty bankowe, prowizje maklerskie, koszty transakcyjne,
 - kosztów dystrybucji ponoszonych na rzecz agenta ubezpieczeniowego,
 - wynagrodzenia zakładu ubezpieczeń.
8. Niezależnie od opłat pobieranych bezpośrednio z aktywów UFK przez zakład ubezpieczeń, z funduszy inwestycyjnych wchodzących w skład aktywów UFK są pobierane odrębnie opłaty przez towarzystwa funduszy inwestycyjnych.
 9. Szczegółowe informacje o danym funduszu inwestycyjnym, którego jednostki uczestnictwa wchodzi w skład aktywów danego UFK, dotyczące jego polityki inwestycyjnej, kryteriów doboru aktywów, zasad ich dywersyfikacji i innych ograniczeń inwestycyjnych, profilu ryzyka, a także rodzaju i wysokości pobieranych opłat, zawierają obowiązujące dla danego funduszu inwestycyjnego dokumenty: prospekt informacyjny, statut oraz kluczowe informacje dla inwestorów. Zakład ubezpieczeń udostępnia na swojej stronie internetowej <https://ca-ubezpieczenia.pl> przy opisie produktu IKZE informację o miejscu, w którym są dostępne dokumenty dla danego funduszu inwestycyjnego. Ubezpieczający ma prawo zwrócić się do zakładu ubezpieczeń o wskazanie informacji, a zakład ubezpieczeń ma obowiązek je przedstawić na każde żądanie ubezpieczającego.
 10. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo do likwidacji danego UFK lub do wprowadzenia do oferty nowego UFK, w przypadkach i na zasadach określonych w regulaminie UFK.
 11. W przypadku likwidacji UFK, nie później niż w terminie 30 dni przed datą likwidacji, zakład ubezpieczeń poinformuje ubezpieczającego o terminie likwidacji UFK oraz o nazwie UFK, na którego jednostki uczestnictwa UFK zostaną zamienione jednostki uczestnictwa likwidowanego UFK (transfer). Zakład ubezpieczeń dokona transferu jednostek uczestnictwa likwidowanego UFK na jednostki uczestnictwa takiego UFK, którego strategia inwestycyjna odpowiada strategii inwestycyjnej likwidowanego UFK.
 12. Nie rzadziej niż raz w roku zakład ubezpieczeń informuje oszczędzającego na piśmie lub, jeżeli oszczędzający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, o wartości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu, w tym o wartości środków zgromadzonych na rachunku IKZE (informacja roczna). Zakład ubezpieczeń za zgodą ubezpieczającego może przekazać informację roczną za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu informację roczną, po raz pierwszy nie wcześniej niż w terminie 10 miesięcy i nie później niż w terminie 14 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§11. ZWROT Z RACHUNKU IKZE

1. Zwrot z rachunku IKZE następuje w przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia. Na równi ze zwrotem z rachunku IKZE, w tym także do celów podatkowych, traktuje się pozostawienie środków zgromadzonych na rachunku IKZE, jeżeli umowa o prowadzenie IKZE wygasa, a nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej.
2. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie:
 - 1) 30 (trzydziestu) dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia wskazanego na polisie albo
 - 2) 60 (sześćdziesięciu) dni od dnia otrzymania po raz pierwszy rocznej informacji o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, a także o wartości wykupu.
3. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie poinformował ubezpieczającego o prawie odstąpienia od umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, termin 30 (trzydziestu) dni liczy się od dnia, w którym ubezpieczający dowiedział się o tym prawie.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
5. Umorzenie jednostek uczestnictwa UFK w związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 1 lub w związku z wypowiedzeniem umowy ubezpieczenia, następuje nie później niż 7 dnia wyceny odpowiednio po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia. Zwrot z rachunku IKZE następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji umorzenia jednostek uczestnictwa UFK.
6. Umorzenie jednostek uczestnictwa UFK w związku z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 2 pkt 2, następuje nie później niż 7 dnia wyceny po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń

- oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia. Zwrot z rachunku IKZE następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK według stanu na dzień otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.
7. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia przez ubezpieczającego umowy ubezpieczenia, zwrotowi z rachunku IKZE podlegają środki odpowiadające wartości rachunku IKZE. Środki pieniężne wypłacone z IKZE jako zwrot, tj. w sytuacji, gdy nie zachodzą okoliczności wypłaty lub wypłaty transferowej, podlegają opodatkowaniu na zasadach określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych.
 8. Zakład ubezpieczeń przed upływem terminu 30 dni od dnia otrzymania oświadczenia o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia lub wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia, wypłaca ubezpieczającemu wartość, o której mowa w ust. 7.
 9. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia albo wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową oraz części niealokowanej składki za okres, w którym zakład ubezpieczeń udzielał ochrony ubezpieczeniowej.
 10. Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za podstawową ochronę ubezpieczeniową oraz części niealokowanej składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Zakład ubezpieczeń zwraca również składki, które nie zostały alokowane do UFK.

§12. WYPŁATA TRANSFEROWA

1. Wypłata transferowa polega na przeniesieniu środków zgromadzonych na rachunku IKZE:
 - 1) do innej instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego,
 - 2) w przypadku zgonu oszczędzającego - na indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego uprawnionego, do którego przystąpił uprawniony.
2. Wypłata transferowa jest dokonywana na podstawie wniosku oszczędzającego albo uprawnionego po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie indywidualnego konta zabezpieczenia emerytalnego z inną instytucją finansową i okazaniu zakładowi ubezpieczeń potwierdzenia zawarcia tej umowy.
3. Przedmiotem wypłaty transferowej dokonywanej na wniosek oszczędzającego może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na rachunku IKZE, chyba że nastąpiło otwarcie likwidacji zakładu ubezpieczeń, ogłoszenie jego upadłości albo prawomocne oddalenie wniosku o ogłoszenie jego upadłości lub umorzenie postępowania upadłościowego.
4. Każdy z uprawnionych do środków zgromadzonych na rachunku IKZE zmarłego oszczędzającego może dokonać wypłaty transferowej wyłącznie całości przysługujących mu środków na swoje indywidualne konto zabezpieczenia emerytalnego.
5. Zakład ubezpieczeń dokonuje wypłaty transferowej po dokonaniu umorzenia środków zgromadzonych na rachunku IKZE. Umorzenie następuje nie później niż 7 dnia wyceny po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę transferową i przedstawienia dokumentów wskazanych w ust. 2. Wypłata transferowa następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji umorzenia jednostek uczestnictwa UFK.
6. Z wyłączeniem przypadku, gdy nastąpiło otwarcie likwidacji zakładu ubezpieczeń, ogłoszenie jego upadłości albo prawomocne oddalenie wniosku o ogłoszenie jego upadłości lub umorzenie postępowania upadłościowego, wypłata transferowa jest dokonywana w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku o wypłatę transferową przez oszczędzającego albo złożenia wniosku o wypłatę transferową przez uprawnionego i przedstawienia dokumentów wskazanych w § 13 ust. 3 pkt 2 lit. a i b.
7. Dokonanie wypłaty transferowej powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

§13. WYPŁATA

1. Wypłata środków zgromadzonych na IKZE następuje wyłącznie:
 - 1) na wniosek oszczędzającego, po osiągnięciu przez niego wieku 65 lat oraz pod warunkiem dokonywania wpłat na IKZE co najmniej w 5 latach kalendarzowych;
 - 2) w przypadku zgonu oszczędzającego – na wniosek osoby uprawnionej.
2. Wypłata, w zależności od wniosku oszczędzającego albo uprawnionego, może być dokonana jednorazowo albo w ratach.
3. Z wyłączeniem przypadku, gdy nastąpiło otwarcie likwidacji zakładu ubezpieczeń, ogłoszenie jego upadłości albo prawomocne oddalenie wniosku o ogłoszenie jego upadłości lub umorzenie postępowania upadłościowego, wypłata jednorazowa, a w przypadku wypłaty w ratach pierwsza rata, z zastrzeżeniem ust. 4, jest dokonywana w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dnia:

- 1) złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;
 - 2) złożenia przez uprawnionego wniosku o dokonanie wypłaty oraz przedłożenia:
 - a) aktu zgonu oszczędzającego i dokumentu stwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej albo
 - b) prawomocnego postanowienia sądu o stwierdzeniu nabycia spadku oraz zgodnego oświadczenia wszystkich spadkobierców o sposobie podziału środków zgromadzonych przez oszczędzającego bądź prawomocnego postanowienia sądu o dziale spadku oraz dokumentów stwierdzających tożsamość spadkobierców.
4. Oszczędzający albo uprawniony mogą zażądać wypłaty jednorazowej, a w przypadku wypłaty w ratach pierwszej raty, w terminie późniejszym niż 14 dni od dnia złożenia dokumentów, o których mowa w ust. 3. W takim przypadku wypłata nastąpi w terminie wskazanym we wniosku o dokonanie wypłaty złożonym przez oszczędzającego albo przez uprawnionego.
 5. Oszczędzający, przed dokonaniem wypłaty, jest obowiązany do poinformowania zakładu ubezpieczeń o właściwym dla oszczędzającego naczelniku urzędu skarbowego w zakresie podatku dochodowego od osób fizycznych. Niedopełnienie przez oszczędzającego obowiązku, o którym mowa w zdaniu poprzednim spowoduje, że zakład ubezpieczeń nie dokona wypłaty.
 6. Zakład ubezpieczeń dokonuje wypłaty jednorazowej po dokonaniu umorzenia całości środków zgromadzonych na rachunku IKZE. Umorzenie następuje nie później niż 7 dnia wyceny po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę jednorazową, chyba że oszczędzający albo uprawniony zażądał wypłaty jednorazowej w późniejszym terminie zgodnie z ust. 4. Jeżeli oszczędzający albo uprawniony zażądał wypłaty w późniejszym terminie, umorzenie następuje nie wcześniej niż w terminie 7 dni wyceny przed terminem wskazanym we wniosku o wypłatę złożonym przez oszczędzającego albo przez uprawnionego. Wypłata następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji umorzenia jednostek uczestnictwa UFK.
 7. We wniosku o wypłatę w ratach, oszczędzający albo uprawniony, wskazując częstotliwość wypłat oraz liczbę rat, przy czym wypłata w ratach następuje przez co najmniej 10 lat, z zastrzeżeniem, że jeżeli wpłaty na rachunek IKZE były dokonywane przez mniej niż 10 lat, wypłata w ratach może być rozłożona na okres równy okresowi, w jakim dokonywane były wpłaty na rachunek IKZE.
 8. Wysokość raty jest ustalana poprzez podzielenie liczby jednostek uczestnictwa zarejestrowanych na rachunku IKZE przez liczbę rat wskazaną we wniosku o wypłatę w ratach.
 9. Zakład ubezpieczeń dokonuje wypłaty pierwszej raty po umorzeniu na rachunku IKZE takiej liczby jednostek uczestnictwa funduszu, która przypada na pierwszą ratę. Umorzenie pierwszej raty następuje nie później niż 7 dnia wyceny po dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę w ratach, chyba że oszczędzający albo uprawniony zażądał wypłaty pierwszej raty w późniejszym terminie zgodnie z ust. 4. Jeżeli oszczędzający albo uprawniony zażądał wypłaty pierwszej raty w późniejszym terminie, umorzenie następuje nie wcześniej niż w terminie 7 dni wyceny przed terminem wskazanym we wniosku o wypłatę w ratach złożonym przez oszczędzającego albo przez uprawnionego. Wypłata pierwszej raty następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji umorzenia jednostek uczestnictwa UFK.
 10. Wypłata kolejnych rat następuje zgodnie ze wskazaną we wniosku częstotliwością: co miesiąc, kwartał, pół roku albo rok, liczonych od dnia złożenia wniosku o wypłatę w ratach. Umorzenie kolejnej raty następuje nie wcześniej niż w terminie 7 dni wyceny przed terminem wypłaty kolejnej raty. Wypłata kolejnej raty następuje według wartości jednostki uczestnictwa UFK z daty realizacji umorzenia jednostek uczestnictwa UFK.
 11. Oszczędzający nie może dokonywać wpłat na rachunek IKZE, z którego dokonał wypłaty pierwszej raty.
 12. Wypłata jednorazowa albo wypłata ostatniej raty powoduje rozwiązanie umowy ubezpieczenia.
 13. Oszczędzający albo uprawniony w każdym czasie może zrezygnować z wypłaty w ratach i zażądać wypłaty jednorazowej, o ile nie zostały wypłacone wszystkie środki zgromadzone na IKZE.

§14. UPRAWNIONY

1. Ubezpieczający może wskazać jednego lub więcej uprawnionych.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie zmienić lub odwołać wskazanie uprawnionego, o którym mowa w ust. 1, poprzez złożenie do zakładu ubezpieczeń oświadczenia o zmianie lub odwołaniu uprawnionego. Zmiana lub odwołanie uprawnionego jest skuteczne z chwilą, kiedy zakład ubezpieczeń otrzymał oświadczenie.

3. Jeżeli ubezpieczający wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczeniowego, zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania przez ubezpieczającego udziału każdego z uprawnionych w świadczeniu ubezpieczeniowym. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał udziału każdego z uprawnionych w świadczeniu ubezpieczeniowym, przyjmuje się, że ich udziały w świadczeniu ubezpieczeniowym są równe.
4. Jeżeli suma wskazanych udziałów wszystkich uprawnionych w świadczeniu ubezpieczeniowym jest wyższa lub niższa niż 100%, udziały uprawnionych w świadczeniu ubezpieczeniowym oblicza się poprzez proporcjonalne obniżenie lub podwyższenie wskazanych udziałów, aby ich suma wynosiła 100%.
5. Wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne, jeżeli uprawniony zmarł przed zgonem ubezpieczającego albo jeżeli umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczającego. W takim przypadku osobami uprawnionymi do świadczenia ubezpieczeniowego są członkowie rodziny ubezpieczającego, o ile oni również nie utracili prawa do świadczenia ubezpieczeniowego, według kolejności wskazanej w ust. 6.
6. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał uprawnionego albo wskazanie wszystkich uprawnionych stało się bezskuteczne, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone członkom najbliższej rodziny ubezpieczającego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek ubezpieczającego – w całości,
 - 2) w równych częściach dzieci ubezpieczającego, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice ubezpieczającego, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po ubezpieczającym, jeżeli brak jest małżonka, dzieci oraz nie żyją oboje rodzice.
7. Otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osobę lub osoby wskazane w ust. 6 wymienione w pierwszej kolejności (kolejność od ppkt 1 do ppkt 4), wyklucza otrzymanie świadczenia ubezpieczeniowego przez osoby wymienione w dalszej kolejności.
8. Uprawniony składając do zakładu ubezpieczeń wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego obowiązany jest dołączyć dokumenty potwierdzające jego prawo do świadczenia ubezpieczeniowego, tj. potwierdzające stopień pokrewieństwa lub powinowactwa z ubezpieczającym, którymi mogą być odpisy z aktów stanu cywilnego lub dokumenty, o których mowa w zdaniu kolejnym. W przypadku określonym w ust. 6 pkt 4, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia ubezpieczeniowego zobowiązana jest dołączyć prawomocne postanowienie sądu o stwierdzeniu nabycia spadku lub prawomocne postanowienie sądu o działu spadku (jeśli o stwierdzeniu nabycia spadku orzekł sąd w ramach postępowania o dział spadku) bądź akt notarialny poświadczenia dziedziczenia.
- 3) pisemnie lub osobiście w siedzibie zakładu ubezpieczeń lub w każdej jednostce agenta ubezpieczeniowego obsługującej klientów.
4. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu na podstawie zawiadomienia o wystąpieniu zdarzenia ubezpieczeniowego, do którego zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez zakład ubezpieczeń należy załączyć dowody zajścia tego zdarzenia. Tymi dowodami są:
 - 1) dokumentacja medyczna potwierdzająca wystąpienie poważnego zachorowania u ubezpieczającego,
 - 2) inne dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
5. Świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zgonu ubezpieczającego w części stanowiącej sumę ubezpieczenia jest wypłacane uprawnionemu na podstawie dokumentów wskazanych przez zakład ubezpieczeń, niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości sumy ubezpieczenia, tymi dokumentami są:
 - 1) odpis aktu zgonu ubezpieczającego,
 - 2) statystyczna karta zgonu lub, w przypadku jej braku, inny dokument medyczny potwierdzający przyczynę zgonu,
 - 3) dokumenty potwierdzające tożsamość lub zmianę danych osobowych uprawnionego (imię, nazwisko - np. odpis skróconego aktu małżeństwa) - w przypadku, gdy uprawniony zmienił dane osobowe,
 - 4) dodatkowo dokumenty potwierdzające okoliczności zgonu (np. protokół, notatka policji, postanowienia prokuratury),
 - 5) inne dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, jeżeli są one niezbędne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego.
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub uprawnionego, jeżeli nie jest on osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie w celu 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 dane i dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. Świadczenie ubezpieczeniowe zostanie wypłacone w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Za dzień zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień, w którym zakład ubezpieczeń otrzymał takie zawiadomienie. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 (czternastu) dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego zakład ubezpieczeń wypłaci w terminie 30 (trzydziestu) dni określonym powyżej.
8. Jeżeli w terminach określonych w ustawie lub w umowie ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia ubezpieczeniowego, zawiadomienia na piśmie ubezpieczającego albo uprawnionego o przyczynach niemożności zaspokojenia jego roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia ubezpieczeniowego.
9. Jeżeli świadczenie ubezpieczeniowe nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
10. W celu ustalenia prawa ubezpieczającego do świadczenia ubezpieczeniowego z tytułu wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń ma prawo na swój koszt skierować ubezpieczającego na badania lekarskie lub badania diagnostyczne z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych.
11. Zakład ubezpieczeń udostępnia ubezpieczającemu, uprawnionemu lub osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia ubezpieczeniowego. Osoby te mogą żądać pisemnego potwierdzenia przez zakład ubezpieczeń udostępnionych informacji, a także sporządzenia na swój koszt kserokopii dokumentów i potwierdzenia ich zgodności z oryginałem przez zakład ubezpieczeń.
12. Informacje i dokumenty, o których mowa w ust. 11, zakład ubezpieczeń udostępnia, na żądanie w postaci elektronicznej.

§15. WYPŁATA ŚWIADCZENIA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Świadczenie ubezpieczeniowe jest wypłacane:
 - 1) ubezpieczającemu, w przypadku wystąpienia u ubezpieczającego poważnego zachorowania,
 - 2) uprawnionemu, w przypadku zgonu ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Środki zgromadzone na rachunku IKZE, w zależności od wniosku uprawnionego, podlegają wypłacie albo wypłacie transferowej, na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia oraz ustawie. Świadczenie ubezpieczeniowe w części stanowiącej sumę ubezpieczenia jest wypłacana uprawnionemu na zasadach określonych w niniejszym paragrafie.

Jeżeli w niniejszym paragrafie piszemy o świadczeniu ubezpieczeniowym, to mamy na myśli świadczenie ubezpieczeniowe w części stanowiącej sumę ubezpieczenia.



3. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 lub ust. 2 zdanie drugie, występujący z roszczeniem może złożyć zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego w następujący sposób:
 - 1) elektronicznie poprzez formularz zamieszczony pod adresem strony internetowej: <https://ca-ubezpieczenia.pl/pl/zgloszenie-szkody> albo za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: szkoda@ca-ubezpieczenia.pl;
 - 2) telefonicznie pod numerem telefonu zakładu ubezpieczeń wskazanym w polisie lub pod numerem infolinii wskazanym na stronie zakładu ubezpieczeń: <https://ca-ubezpieczenia.pl> (koszt połączenia jest zgodny z taryfą danego operatora);

§16. REKLAMACJE – JAK ZŁOŻYĆ

- Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia ma prawo do składania reklamacji do zakładu ubezpieczeń, w których zgłasza zastrzeżenia dotyczące usług świadczonych przez zakład ubezpieczeń. Reklamacje można złożyć:
 - na piśmie w postaci papierowej przesyłką pocztową w rozumieniu art. 3 pkt 21 ustawy z dnia 23 listopada 2012 r. - Prawo pocztowe (Dz. U. z 2025 r. poz. 366, 820 i 1456) albo nadaną w placówce podmiotu zajmującego się doręczaniem korespondencji na terenie Unii Europejskiej:
 - na adres zakładu ubezpieczeń:
CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.
ul. Legnicka 48 bud. C-D
54-202 Wrocław
 - lub
 - na adres agenta ubezpieczeniowego:
Credit Agricole Bank Polska S.A.
ul. Legnicka 48 bud. C-D
54-202 Wrocław;
 - na piśmie w postaci papierowej osobiście podczas wizyty w siedzibie zakładu ubezpieczeń, pod adresem wskazanym w pkt 1 lit. a lub w każdej jednostce agenta ubezpieczeniowego obsługującej klientów;
 - ustnie:
 - osobiście do protokołu podczas wizyty klienta w siedzibie zakładu ubezpieczeń, pod adresem wskazanym w pkt 1 lit. a lub w każdej jednostce agenta ubezpieczeniowego obsługującej klientów;
 - telefonicznie pod numerem telefonu zakładu ubezpieczeń wskazanym w polisie lub pod numerem telefonu infolinii wskazanym na stronie zakładu ubezpieczeń <https://ca-ubezpieczenia.pl> (koszt połączenia jest zgodny z taryfą danego operatora);
 - na piśmie w postaci elektronicznej za pośrednictwem poczty elektronicznej, na adres: reklamacje@ca-ubezpieczenia.pl,
 - na piśmie w postaci elektronicznej na adres do doręczeń elektronicznych w rozumieniu ustawy o doręczeniach elektronicznych:
 - CA Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A.: AE:PL-62833-83038-UJ-JAT-31 lub
 - Credit Agricole Bank Polska S.A.: AE:PL-37709-98185-TIVUW-29.
- Na reklamację złożone:
 - do 12.02.2026 r.** włącznie, ubezpieczyciel odpowiada w formie papierowej lub za pomocą innego trwałego nośnika informacji, a za pośrednictwem poczty elektronicznej wyłącznie na wniosek składającego reklamację;
 - od 13.02.2026 r.** ubezpieczyciel odpowiada w postaci:
 - papierowej na adres korespondencyjny osoby, która złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci papierowej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci elektronicznej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
 - elektronicznej na adres e-mail osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację:
 - na piśmie w postaci elektronicznej albo
 - ustnie lub na piśmie w postaci papierowej i wybrała taki sposób udzielenia odpowiedzi,
 - elektronicznej na adres do doręczeń elektronicznych osoby, która złożyła reklamację, jeśli osoba ta złożyła reklamację na adres do doręczeń elektronicznych ubezpieczyciela.
- Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może korzystać z pomocy Miejskich i Powiatowych Rzeczników Konsumenta na zasadach określonych w regulaminach tych instytucji dostępnych odpowiednio na ich stronach internetowych.
- Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się do Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego (<https://www.knf.gov.pl>). Ubezpieczający lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może zwrócić się również do Rzecznika Finansowego o rozpatrzenie sprawy lub o przeprowadzenie pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów. Dane podmiotu uprawnionego do przeprowadzenia wskazanego pozasądowego postępowania dostępne są na stronie internetowej pod adresem: <https://rf.gov.pl>.
- Złożona reklamacja, wraz z opisem przedmiotu reklamacji, powinna zawierać dane umożliwiające jednoznaczną identyfikację składającego reklamację lub umowy ubezpieczenia, której reklamacja dotyczy. W treści reklamacji należy podać imię i nazwisko oraz adres do korespondencji. W przypadku pisemnych reklamacji zgłoszonych do zakładu ubezpieczeń, pismo powinno być opatrzone podpisem składającego reklamację.
- Reklamacje rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń niezwłocznie po ich otrzymaniu, nie później jednak niż w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia

ich otrzymania. W szczególnie skomplikowanych przypadkach w razie braku możliwości rozpatrzenia reklamacji w powyższym terminie, składający reklamację zostanie poinformowany o przyczynie opóźnienia, okolicznościach wymagających jeszcze wyjaśnienia oraz o przewidywanej dacie rozpatrzenia reklamacji i uzyskania odpowiedzi. Łączny czas rozpatrzenia reklamacji nie może przekraczać 60 (sześćdziesięciu) dni od daty wpływu reklamacji. Do zachowania terminu wystarczy wysłanie odpowiedzi przed jego upływem. W przypadku niedotrzymania terminu rozpatrzenia reklamacji przez zakład ubezpieczeń, uważa się ją za rozpatrzoną zgodnie z wolą składającego reklamację.

- Zakład ubezpieczeń podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

§17. UPADŁOŚĆ I LIKWIDACJA UBEZPIECZYCIELA

- W razie:
 - otwarcia likwidacji Ubezpieczyciela,
 - ogłoszenia upadłości albo prawomocnego oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości lub umorzenia postępowania upadłościowego Ubezpieczyciela, jeżeli jego majątek nie wystarcza na zaspokojenie kosztów postępowania albo otwarcia postępowania restrukturyzacyjnego,
 - ostatecznej decyzji organu nadzoru o cofnięciu Ubezpieczycielowi zezwolenia na prowadzenie działalności,Ubezpieczyciel, zarząd komisaryczny, syndyk są zobowiązani do powiadomienia o tym ubezpieczającego w terminie 30 (trzydziestu) dni od zajścia tego zdarzenia.
- Powiadomienie, o którym mowa w ust. 1, powinno zawierać informację o terminie, w którym ubezpieczający jest zobowiązany do dostarczenia potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKZE z inną niż Ubezpieczyciel instytucją finansową albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego oraz skutkach niedostarczenia tych potwierdzeń w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia.
- W celu dokonania wypłaty transferowej ubezpieczający, w terminie 45 (czterdziestu pięciu) dni od dnia otrzymania powiadomienia, o którym mowa w ust. 1, jest zobowiązany do zawarcia umowy o prowadzenie IKZE z inną niż Ubezpieczyciel instytucją finansową i do dostarczenia potwierdzenia zawarcia tej umowy albo potwierdzenia przystąpienia do programu emerytalnego i do dostarczenia potwierdzenia przystąpienia do tego programu.
- W razie niedopełnienia przez ubezpieczającego obowiązków, o których mowa w ust. 3, jeżeli nie spełnia on warunków do wypłaty środków na jego rzecz, następuje zwrot środków przyznanych w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym, zgodnie z przepisami obowiązującymi Ubezpieczyciela.
- W razie spełnienia przez ubezpieczającego warunków, o których mowa w ust. 3, odpowiednio Ubezpieczyciel, zarząd komisaryczny, syndyk lub Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, o którym mowa w ustawie z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1392 z późn. zm.), są obowiązani do dokonania wypłaty transferowej środków przyznanych ubezpieczającemu w postępowaniu likwidacyjnym lub upadłościowym, na IKZE wskazane w potwierdzeniu zawarcia umowy.

§18. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

- Środki zgromadzone na rachunku IKZE mogą być obciążone zastawem. Zaspokojenie wierzytelności zabezpieczonej zastawem z rachunku IKZE jest traktowane jako częściowy zwrot albo zwrot.
- Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień OWU, zawiadomienia, wnioski i oświadczenia, w związku z realizacją umowy ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie lub w innej formie uzgodnionej przez strony umowy ubezpieczenia. Złożenie zawiadomienia, wniosku lub oświadczenia uznaje się za skuteczne z chwilą doręczenia do zakładu ubezpieczeń.
- Zmiana postanowień umowy ubezpieczenia wymaga zgody stron umowy ubezpieczenia wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności, chyba że umowa ubezpieczenia, OWU lub regulamin UFK stanowią inaczej.
- Przed wyrażeniem przez strony zgody na zmianę warunków umowy ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, na piśmie lub, jeżeli ubezpieczający wyrazi na to zgodę, na innym trwałym nośniku, informację w tym zakresie wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia. Informację, o których mowa w zdaniu poprzednim, zakład ubezpieczeń może, za zgodą ubezpieczającego, przekazać również za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

5. Ubezpieczający jest zobowiązany poinformować zakład ubezpieczeń o każdej zmianie swoich danych osobowych lub teleadresowych oraz zmianie danych uprawnionych. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o aktualnym adresie w każdej korespondencji kierowanej do ubezpieczającego.
6. Aktualne dane teleadresowe zakładu ubezpieczeń znajdują się na stronie internetowej <https://ca-ubezpieczenia.pl>.
7. Wszelkie wypłaty z tytułu umowy ubezpieczenia podlegają przepisom obowiązującego prawa, w tym w szczególności przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych lub osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat. Jeżeli zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami regulującymi opodatkowanie osób fizycznych lub osób prawnych, zakład ubezpieczeń jest zobowiązany pobrać i odprowadzić określone w tych przepisach należności w związku z wykonaniem któregośkolwiek zobowiązania określonego w umowie ubezpieczenia względem ubezpieczającego lub uprawnionego, to należne kwoty pomniejszą wysokość wypłat z umowy ubezpieczenia.
8. Opodatkowanie świadczeń zakładu ubezpieczeń regulują obowiązujące przepisy prawa dotyczące podatku dochodowego, w szczególności przepisy ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych.
9. Zakład ubezpieczeń jako spółka zależna należąca do Grupy Crédit Agricole spełnia wymogi wynikające z obowiązujących zasad dotyczących sankcji międzynarodowych, określonych w oparciu o przepisy ustawowe lub wykonawcze nakładające sankcje gospodarcze, finansowe lub handlowe (w tym wszelkie sankcje lub środki dotyczące embargo, zamrożenia aktywów lub zasobów ekonomicznych, ograniczenia w transakcjach z osobami fizycznymi lub prawnymi lub odnoszące się do określonej własności lub terytoriów), wydane, administrowane lub egzekwowane przez Radę Bezpieczeństwa ONZ, Unię Europejską, Francję i Stany Zjednoczone Ameryki (w tym w szczególności środki zapobiegawcze wydane przez Biuro ds. Kontroli Aktywów Zagranicznych Departamentu Skarbu (OFAC) i Departament Stanu) lub jakiegokolwiek inny właściwy organ uprawniony do wydawania takich sankcji. W konsekwencji nie jest możliwe dokonanie wypłaty świadczenia w związku z wykonaniem umowy ubezpieczenia, jeśli płatność narusza postanowienia wskazane w niniejszym ustępie.
10. Jako instytucja obowiązana CA Życie TU S.A. stosuje środki bezpieczeństwa finansowego w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu.
11. Spory z umowy ubezpieczenia mogą być rozstrzygane na drodze polubownej.
12. Powództwo o roszczenie wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, uprawnionego, spadkobiercy ubezpieczającego lub spadkobiercy uprawnionego.
13. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.
14. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU zastosowanie mają przepisy powszechnie obowiązującego prawa polskiego.
15. Wykaz opłat i limitów, wykaz UFK oraz regulamin UFK, stanowią załącznik i integralną część niniejszych OWU.
16. Niniejsze OWU wraz z załącznikami do nich są dostępne na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń: <https://ca-ubezpieczenia.pl>.
17. Sprawozdanie o wypłacalności i kondycji finansowej zakładu ubezpieczeń jest dostępne na stronie internetowej zakładu ubezpieczeń: <https://ca-ubezpieczenia.pl> lub na żądanie w siedzibie zakładu ubezpieczeń.