

Ubezpieczenie na Życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

MEGA BONUS

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS”

SPIS TREŚCI	Strona
UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS” (IFK 14)	4
Rozdział I. Postanowienia ogólne	4
Rozdział II. Składka	5
Rozdział III. Świadczenia	6
Rozdział IV. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	7
Rozdział V. Wykup ubezpieczenia	8
Rozdział VI. Oplaty	8
Rozdział VII. Postanowienia końcowe	9
Tabela opłat i minimalnych wartości do ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „Mega Bonus” (IFK 14)	12
ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS”	13
Rozdział I. Zasady funkcjonowania ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	13

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS” (IFK 14)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosują się do indywidualnych umów Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Bonus”.

ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. DEFINICJE

W umowie ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

indywidualny rachunek – prowadzony przez Towarzystwo rachunek, na którym zapisane są jednostki Funduszy pochodzące ze składek regularnych i dodatkowych wpłaconych na podstawie umowy;

jednostki Funduszu (jednostki) – części o równej wartości, na które jest dzielony dany Fundusz, służące do rozliczania operacji związanych z tym Funduszem;

metoda aktuarialna – metoda obliczeniowa wykorzystująca matematykę ubezpieczeniową, finansową i statystykę;

miesiąc polisowy – każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu, który swoim oznaczeniem odpowiada dniowi wystawienia polisy, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego; miesiąc polisowy kończy się w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia następnego miesiąca polisowego;

ogólne warunki ubezpieczenia lub ogólne warunki – niniejsze ogólne warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Mega Bonus;

polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy;

Regulaminy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Mega Bonus;

rocznica polisy – każda kolejna rocznica daty wystawienia polisy, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;

rok polisy albo rok polisowy – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdej rocznicy polisy;

składka dodatkowa – kwota, która może być opłacana poza należną składką regularną na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w dowolnych terminach i wysokości, nie mniejszej jednak niż aktualnie obowiązująca minimalna składka dodatkowa określona zgodnie z Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

składka regularna – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminach i wysokości określonych w umowie ubezpieczenia, która to kwota nie obejmuje kwoty składki określonej w § 24 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków;

składki regularne wycofane – suma składek regularnych należnych do danego dnia, wycofana zgodnie z § 25 ust. 4 pkt. 2;

Towarzystwo – HDI–Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający – strona umowy ubezpieczenia zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy lub Fundusz – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych wpłacanych na podstawie umów Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Mega Bonus, lokowany w Fundusze zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;

Ubezpieczony – wskazana w umowie osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;

umowa ubezpieczenia lub umowa – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie ogólnych warunków;

Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 12 ust. 1 ogólnych warunków, jako uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego;

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 12 ust. 6 ogólnych warunków, uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku braku Uposażonego albo jeżeli żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia;

wartość indywidualnego rachunku – wartość wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku;

wzrost wartości indywidualnego rachunku – wartość indywidualnego rachunku na dany dzień pomniejszona o sumę składek regularnych należnych do danego dnia, bez uwzględniania okresów zawieszenia opłacania składek (okresy zawieszenia opłacania składek są traktowane jak okresy w których składka jest należna) i powiększona o sumę dotychczasowych składek regularnych wycofanych, z tym że jeśli wynikiem powyższego wyliczenia jest wartość ujemna, to uznaje się, iż wzrost wartości indywidualnego rachunku jest równy zero.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu Ubezpieczonego (ochrona).
2. Ubezpieczonym może być osoba, której wiek w dniu podpisania wniosku wynosi nie więcej niż sześćdziesiąt lat. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia i roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony się urodził. Wiek Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i liczby lat polisowych, które upłynęły.
3. Ochrona rozpoczyna się w dniu wystawienia polisy.

§ 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy na formularzu Towarzystwa, wpłacając jednocześnie zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku.
2. Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia, albo odmówić jej zawarcia, albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może na własny koszt skierować Ubezpieczonego na powyższe badania.
3. W razie odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej.
4. Umowa jest zawierana na czas nieokreślony w jednym z trzech wariantów ubezpieczenia:
 - Silver,
 - Gold,
 - Platinum.
 Wariant ubezpieczenia może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w przypadku podwyższenia składki regularnej na mocy postanowień § 8 lub § 9, o ile wysokość składki regularnej do opłacania której Ubezpieczający jest zobowiązany spełnia warunki dotyczące minimalnej składki regularnej dla danego wariantu ubezpieczenia podane w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
5. Do zawarcia na rzecz osoby trzeciej umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw Uposażonego. Powyższa zgoda udzielana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w odrębnym oświadczeniu. Ubezpieczony w w/w wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia składa także oświadczenie, iż okoliczności podane przez niego i przez Ubezpieczającego w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach są kompletne i odpowiadają prawdzie.
6. W przypadku zawarcia na podstawie niniejszych ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, na żądanie Ubezpieczonego Towarzystwo udzieli Ubezpieczonemu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

ROZDZIAŁ II. SKŁADKA

§ 4. SKŁADKA REGULARNA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z góry miesięcznie, kwartalnie, półrocznie, lub rocznie w wysokości i terminach określonych w umowie. Termin płatności składki regularnej jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki regularnej wpłynie na rachunek bankowy Towarzystwa ostatnio wskazany Ubezpieczającemu na piśmie.
2. W dniu wystawienia polisy zaliczka na poczet składki, o której mowa w § 3 ust. 1 stanowi pierwszą składkę regularną.
3. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko oraz adres lub w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą, nazwę firmy i siedzibę oraz numer wniosku ubezpieczeniowego lub polisy.
4. Jeżeli ostatnia składka regularna zapłacona przed wygaśnięciem umowy nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy rozdzielona celem przydzielenia jednostek, kwota takiej składki powiększa bezpośrednio wartość indywidualnego rachunku.
5. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu składkę za ochronę, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. W/w kwotę zwraca się Ubezpieczającemu w nominalnej wysokości.
6. Towarzystwo, dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia, określa minimalną wysokość miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej składki regularnej, podając ją w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 5. SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający, po zawarciu umowy może wpłacać składkę dodatkową w dowolnych terminach i wysokości, nie mniejszej jednak niż minimalna składka dodatkowa, o której mowa w ust. 5. Składka dodatkowa przeznaczona jest na nabycie jednostek, po potrąceniu opłat, zgodnie z Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko oraz adres lub w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą, nazwę firmy i siedzibę oraz numer wniosku ubezpieczeniowego lub polisy.
3. Wpłata składki dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki regularnej.
4. Jeżeli ostatnia składka dodatkowa zapłacona bezpośrednio przed wygaśnięciem umowy nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy rozdzielona celem przydzielenia jednostek, kwota takiej składki powiększa bezpośrednio wartość indywidualnego rachunku.
5. Towarzystwo dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia ustala minimalną wysokość składki dodatkowej, która jest podawana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy kwota wpłaconej składki dodatkowej będzie niższa niż wskazana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaliczenia wpłaconej kwoty na poczet wymagalnych, i przyszłych składek regularnych. Za kwotę wpłaconej składki dodatkowej, o której mowa powyżej Towarzystwo przydzieli jednostki Funduszy, zgodnie z postanowieniami § 16.

§ 6. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej, po upływie dwudziestu pięciu dni opóźnienia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo pokrycia zaległej składki regularnej z wpłaconych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych. W takim przypadku składkę regularną uznaje się za opłaconą.
2. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej z zastrzeżeniem ust. 1 dodatkowy okres do jej zapłaty wynosi jeden miesiąc polisowy, licząc od określonego w umowie terminu jej płatności (okres prolongaty). W okresie prolongaty Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej w danej umowie.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci zaległej składki regularnej w okresie prolongaty, Towarzystwo wyznacza dodatkowy termin do zapłaty zaległej składki (zwany dalej terminem dodatkowym) wynoszący jeden miesiąc polisowy, licząc od dnia upływu okresu prolongaty i zawiadamia Ubezpieczającego

o skutkach niezapłacenia składki regularnej w piśmie przesłanym na ostatni, znany Towarzystwu, adres Ubezpieczającego. W terminie dodatkowym Towarzystwo, udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej daną umową.

4. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął w okresie dwóch lat polisowych od zawarcia umowy, a kwota wpłaconej składki dodatkowej nie wystarczy na pokrycie składki regularnej, umowa ubezpieczenia wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
5. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął po dwóch latach polisowych od zawarcia umowy, skutki niezapłacenia takiej składki regularnej uzależnione od wartości indywidualnego rachunku są określane postanowieniami ust. 6 – 8 niniejszego paragrafu.
6. Jeżeli wartość indywidualnego rachunku będzie niższa od minimalnej wartości określonych w § 10. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszonej o opłatę z tytułu całkowitego wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
7. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawieszenie opłacania składek na pisemny wniosek Ubezpieczającego, poczynając od terminu płatności zaległej składki zgodnie z postanowieniami § 7.
8. Jeżeli w terminie dodatkowym dojdzie do umorzenia wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, umowa i ochrona przewidziana umową wygasają w dniu dokonania takiego umorzenia, a Towarzystwo w terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy, pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.

§ 7. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Po opłaceniu składek regularnych za pierwsze dwa lata polisowe Ubezpieczający może złożyć wniosek o wyrażenie przez Towarzystwo zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawieszenie opłacania składek regularnych, jeżeli łącznie są spełnione następujące warunki:
 - 1) została opłacona należna składka regularna za okres do dnia zawieszenia opłacania składek;
 - 2) wniosek Ubezpieczającego zostanie złożony/dostarczony na adres siedziby Towarzystwa co najmniej na czternaście dni przed pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym przypada termin płatności składki regularnej, od którego rozpocznie się okres zawieszenia opłacania składek regularnych,
 - 3) w dniu wyrażenia zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych, wartość indywidualnego rachunku będzie wyższa lub równa minimalnej wartości określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków, jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych.
2. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie będą spełnione lub wniosek Ubezpieczającego o zawieszenie opłacania składek regularnych nie będzie zawierał wszelkich informacji niezbędnych do podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zawieszenia opłacania składek regularnych, Towarzystwo powiadomi pisemnie Ubezpieczającego o odmowie zawieszenia opłacania składek regularnych lub o niemożności podjęcia decyzji wskazując, w jakim zakresie wniosek Ubezpieczającego jest niepełny lub błędny. W przypadku, gdy zaległa składka regularna została pokryta z wpłaconych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych, zgodnie z postanowieniami § 6 ust. 1, Towarzystwo wyznaczy początek okresu zawieszenia w kolejnym terminie płatności składki regularnej, o czym powiadomi pisemnie Ubezpieczającego. Jednocześnie okres zawieszenia opłacania składek regularnych nie może trwać dłużej niż

- dwanaście miesięcy polisowych. Zawieszenie może obejmować wyłącznie pełne okresy, zgodnie z ustaloną w umowie częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej. Zawieszenie nie może dotyczyć okresu, za który składka regularna została opłacona.
- Ponowne zawieszenie opłacania składek regularnych może nastąpić po upływie dwudziestu czterech miesięcy polisowych, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
 - W czasie trwania umowy suma okresów zawieszenia opłacania składek regularnych nie może przekroczyć łącznie dwudziestu czterech miesięcy polisowych.
 - Wszelkie zmiany umowy zgłoszone przez Ubezpieczającego w okresie zawieszenia opłacania składek odnoszą skutek od najbliższej rocznicy polisy następującej po dniu upływu okresu zawieszenia pod warunkiem wyrażenia na nie zgody przez Towarzystwo.
 - W okresie zawieszenia opłacania składek regularnych Towarzystwo udziela pełnej ochrony przewidzianej umową, chyba, że przed upływem tego okresu dojdzie do wygaśnięcia ochrony.

§ 8. ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA I WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

- Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej i podwyższenie wysokości składki regularnej. Zmiana ta, po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, w trybie określonym w ust. 2, odnosi skutek od najbliższej rocznicy polisy przypadającej po doręczeniu Towarzystwu powyżej wymienionego wniosku, o ile wszystkie wymagalne składki regularne są w całości opłacone. Wniosek należy złożyć/dostarczyć na adres siedziby Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy.
- W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.

§ 9. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ

- W terminie trzydziestu dni przed rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu indeksację składki regularnej podając procentowy wskaźnik indeksacji oraz wynikającą z jego zastosowania proponowaną wysokość składki regularnej. Wskaźnik indeksacji określa Towarzystwo.
- Ubezpieczający ma prawo wyboru odmiennego od proponowanego przez Towarzystwo wskaźnika indeksacji, w granicach wskazanych w ust. 1, jak również prawo do rezygnacji z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji.
- Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 1, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na indeksację składki regularnej na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
- W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na indeksację składki regularnej, jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czternastu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 1, w terminie tam określonym.
- Ubezpieczający, który nie wyrazi zgody na indeksację składki regularnej zgodnie z postanowieniami ust. 4, jest zobowiązany do opłacania składki w dotychczasowej wysokości.

§ 10. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

- Po upływie trzynastu lat polisowych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek regularnych, umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
- Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w ust. 1, jest dokonywane na pisemny wniosek Ubezpieczającego lub w przypadku, o którym mowa w § 6 ust. 6.
- Towarzystwo wyrazi zgodę na przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli, przy spełnieniu pozostałych warunków określonych treścią niniejszego paragrafu, w dniu wyrażenia zgody na powyższe, wartość indywidualnego rachunku będzie wyższa lub równa minimalnej wartości określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, jako umożliwiającej przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
- Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje

- z dniem wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej, z zastrzeżeniem treści ust. 1.
- W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego mają zastosowanie odpowiednie postanowienia niniejszych ogólnych warunków dotyczące opłat i kosztów.
 - W przypadku gdy w danym miesiącu wartość indywidualnego rachunku obniży się poniżej wartości określonej zgodnie z treścią ust. 3, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa pierwszego dnia tego miesiąca, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
 - Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty wartości wykupu w okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego na zasadach określonych w Rozdziale V.
 - W przypadku zajścia zdarzenia w okresie ubezpieczenia bezskładkowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie, zgodnie z treścią § 11.
 - W razie przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe Towarzystwo może wyrazić zgodę na wznowienie przez Ubezpieczającego opłacania składek ubezpieczeniowych, o ile od daty przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie upłynął okres dłuższy niż 24 miesiące.
 - W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczający może dokonywać wpłat dodatkowych na zasadach określonych w § 5, z wyłączeniem ust. 3 i 6 § 5.

ROZDZIAŁ III. ŚWIADCZENIA

§ 11. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

W razie zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości stanowiącej kwotę równą:

- sumie wpłaconych składek pomniejszoną o kwotę częściowych wykupów dokonanych zgodnie z postanowieniami § 21 i opłat za dokonanie tych wykupów, albo
- wartości indywidualnego rachunku z dnia zgonu, w zależności od tego, która z tych kwot jest wyższa.

§ 12. UPOSAŻONY

- Ubezpieczający w każdym czasie może wskazać Uposażonego, któremu ma być wypłacone świadczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego. W przypadku zawarcia na podstawie niniejszych ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej do wskazania lub zmiany Uposażonego przez Ubezpieczającego konieczna jest zgoda Ubezpieczonego.
- Powyższe uprawnienie Ubezpieczający wykonuje przez doręczenie Towarzystwu oświadczenia, które powinno zawierać:
 - dane umożliwiające identyfikację Uposażonego,
 - wskazanie, że Uposażony ma prawo do całości albo odpowiedniej, wyrażonej procentowo części świadczenia, datę złożenia oświadczenia,
 - podpis Ubezpieczonego,
 - w przypadku o którym mowa w ust. 1 zdanie drugie powyżej, pisemną zgodę Ubezpieczonego na wyznaczenie lub zmianę Uposażonego.
- Oświadczenie o wskazaniu Uposażonego może być złożone we wniosku o zawarcie umowy pod warunkiem i ze skutkiem od dnia jej zawarcia.
- Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego zawiera wszystkie dane określone w ust. 2 i wywołuje skutki prawne od dnia złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa.
- Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego, którego wskazanie na dzień zgonu Ubezpieczonego jest bezskuteczne, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów w świadczeniu, w przypadku wskazania takich udziałów przez Ubezpieczającego. Jeżeli wskazanie pozostaje skuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego, jedynie wobec jednego Uposażonego, świadczenie przypada w całości temu Uposażonemu.
- Gdy brak jest Uposażonego lub, żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są Uposażeni Zastępczy. Postanowienia ustępów powyżej stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego.
- Jeżeli Ubezpieczający nie wskaże żadnego Uposażonego albo, wskazanie w stosunku do wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych jest bezskuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego lub innej osobie, według następującej kolejności:

- małżonek,
- dzieci,
- rodzice,
- rodzeństwo,
- inne osoby, zaliczane zgodnie z Kodeksem Cywilnym do grona spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

§ 13. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

- Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powinno być złożone/dostarczone na adres siedziby Towarzystwa.
- Po otrzymaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, w terminie siedmiu dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
- Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego na podstawie:
 - wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, oraz
 - innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
- Towarzystwo spełni świadczenie w terminie do trzydziestu dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
- Gdyby wyjaśnienie w powyższym terminie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie będzie spełnione w ciągu czternastu dni od dnia, w którym przy dochowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednak bezsporną część świadczenia Towarzystwo spełni w terminie określonym w ust. 4.
- Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określono w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę uprawnioną wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną, uzasadniając całkowitą lub częściową odmowę. Informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może również złożyć odwołanie do Zarządu Towarzystwa w ciągu trzydziestu dni od dnia jego otrzymania.
- W przypadku odmowy wypłaty świadczenia lub odmowy uwzględnienia odwołania uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia powództwa do sądu powszechnego.
- Towarzystwo udostępni uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia. Na żądanie tych osób Towarzystwo potwierdzi na piśmie udostępnione informacje, a także sporządzi na koszt tych osób kserokopie dokumentów oraz potwierdzi ich zgodność z oryginałem.

§ 14. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

- Towarzystwo nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie prawdy i podanie nieprawdy. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione będzie do odmowy wypłaty świadczenia lub wypłaty zmniejszonego świadczenia. Towarzystwo w powyższej sytuacji wypłaci kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia ustalenia przez Towarzystwo okoliczności powodującej zwolnienie Towarzystwa z obowiązku świadczenia, pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.
- Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została informacja o chorobie.

ROZDZIAŁ IV. UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

§ 15. ZASADY OGÓLNE DOTYCZĄCE FUNDUSZU

- Zasady i warunki funkcjonowania Funduszy oraz dokonywanie operacji i innych czynności związanych z Funduszami lub ich jednostkami określa umowa oraz Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Regulamin ten jest Załącznikiem nr 2 do ogólnych warunków i stanowi ich integralną część. W razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków a postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stosuje się postanowienia ogólnych warunków.
- Jeżeli następujące czynności dotyczące opłat lub jednostek Funduszu należy dokonać tego samego dnia, dokonuje się je w następującej kolejności:
 - wykup i pobranie opłaty likwidacyjnej z tytułu wykupu z kwoty wykupu,
 - konwersja, pobranie opłaty z tytułu konwersji,
 - wycena funduszu,
 - alokacja składki,
 - pobranie opłaty administracyjnej,
 - pobranie opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku,
 - pobranie opłaty polisowej,
 - pobranie opłaty za prowadzenie umowy ubezpieczenia,
 - pobranie składki za ochronę.

§ 16. PRZYDZIELANIE JEDNOSTEK

- Jednostki Funduszy są przydzielane w razie wpłaty przez Ubezpieczającego składki regularnej lub dodatkowej, zgodnie z ostatnio zgłoszonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego poleceniem rozdzielenia składki regularnej pomiędzy Fundusze. Przydzielenie jednostek następuje w okresie do czterech dni roboczych od dnia wpływu składki regularnej lub dodatkowej na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy. Przydzielenie jednostek w przypadku wpłaty pierwszej składki regularnej nastąpi w terminie określonym powyżej, pod warunkiem złożenia najpóźniej do dnia wpływu składki regularnej na w/w rachunek bankowy Towarzystwa prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdyby wniosek, o którym mowa powyżej złożony został później niż w terminie określonym zdaniem poprzedzającym, przydzielenie jednostek nastąpi w terminie czterech dni roboczych począwszy od dnia złożenia prawidłowo wypełnionego wniosku.
- W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej. W przypadku zgłoszenia Towarzystwu w/w zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej później niż na trzy dni robocze przed najbliższym dniem przydzielenia jednostek nowe polecenie rozdzielenia składki regularnej będzie odnosić skutek od kolejnego dnia przydzielenia jednostek.
- Polecenie rozdzielenia składki regularnej pomiędzy Fundusze stosuje się także do rozdzielenia pomiędzy Fundusze wpłacanych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych.

§ 17. ZAMIANA FUNDUSZY (KONWERSJA)

- Ubezpieczający może polecić Towarzystwu zamianę jednostek Funduszu albo Funduszy (Fundusze źródłowe) na jednostki innego Funduszu lub Funduszy (Fundusze docelowe) zapisanych na indywidualnym rachunku.
- Zamiana Funduszy następuje poprzez umorzenie jednostek Funduszy źródłowych i przydzielenie w zamian za umorzone powyżej jednostki, jednostek Funduszy docelowych.
- Towarzystwo dokona:
 - umorzenia jednostek Funduszy źródłowych w okresie do trzech dni roboczych licząc od następnego dnia roboczego po dniu złożenia/dostarczenia prawidłowo wypełnionego wniosku o zamianę Funduszy na adres siedziby Towarzystwa,
 - przydzielenia w zamian za umorzone powyżej jednostki, jednostek Funduszy docelowych w okresie do czterech dni roboczych licząc od następnego dnia roboczego po dniu umorzenia jednostek Funduszy docelowych.
- Jeżeli polecenie zamiany Funduszu lub Funduszy zostało złożony w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało częściowego wykupu lub zamiany Funduszy na podstawie wcześniej złożonego polecenia, to okresy, o którym mowa w ust. 3 pkt. 1 i 2 powyżej rozpoczynają się w dniu zakończenia dokonywania przez Towarzystwo zamiany Funduszy zgodnie z wcześniejszym poleceniem lub w dniu

płatności wykupu dokonanego zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego.

§ 18. LIKWIDACJA FUNDUSZU

1. Towarzystwo zawiadomi Ubezpieczającego o likwidacji Funduszu określając dzień likwidacji.
2. Nie później niż do piątego dnia roboczego przed dniem likwidacji Funduszu Ubezpieczający może złożyć dyspozycję zamiany jednostek likwidowanego Funduszu na jednostki innych Funduszy oferowanych w ramach umowy ubezpieczenia
3. W przypadku niezłożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji zgodnie z ust. 2, w dniu likwidacji danego Funduszu następuje umorzenie wszystkich jednostek likwidowanego Funduszu, a wartość likwidacyjna pochodząca z umorzenia tych jednostek jest przeznaczana na zakup jednostek Funduszu HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany.

ROZDZIAŁ V. WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 19. ZASADY OGÓLNE

1. Wykup ubezpieczenia polega na umorzeniu na wniosek Ubezpieczającego wszystkich lub niektórych jednostek zapisanych na rachunku indywidualnym i wypłacie Ubezpieczającemu, po pobraniu opłaty z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu, z zastrzeżeniem treści § 25 ust. 3, kwoty odpowiadającej części albo całości wartości tego rachunku ustalonej na dzień wykupu.
2. Dzień wykupu jest to dzień, w którym umorzono wszystkie bądź część jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku. Dzień wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypadać później niż piątego dnia roboczego, licząc od dnia następującego po dniu złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa prawidłowo wypełnionego wniosku o wykup. Dzień wykupu jednostek może zostać opóźniony wyłącznie w przypadkach opóźnień w umarzeniu jednostek przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych.
3. Kwoty wykupu określone w niniejszym rozdziale wypłaca się w dniu płatności wykupu. Wypłata wykupu nastąpi nie później niż siódmego dnia roboczego, licząc od dnia wykupu. Jeżeli wniosek o wykup został złożony w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało zamiany Funduszy, zgodnie z treścią § 17 lub częściowego wykupu, na podstawie wcześniej złożonego wniosku o wykup, to siedmiodniowy okres, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym rozpoczyna się w dniu zakończenia dokonywania przez Towarzystwo zamiany Funduszy lub w dniu płatności wykupu dokonanego zgodnie z wcześniejszym wnioskiem.
4. Jeżeli Ubezpieczający zamierza wskazać więcej niż jeden Fundusz, których jednostki mają być umorzone, wskazanie musi określać Fundusze i procentowy udział wartości jednostek tych Funduszy w kwocie wykupu z dokładnością do pełnych procentów. W razie braku takiego wskazania, jednostki zostaną umorzone proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy.
5. Dokonanie częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 21 ma ten skutek, że umowa ubezpieczenia w dalszym ciągu pozostaje w mocy przy zachowaniu niezmięnionej składki. Liczba jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zmniejsza się w dniu wykupu przez umorzenie liczby jednostek, których wartość na dzień wykupu odpowiada kwocie wykupu wraz z opłatą z tytułu częściowego wykupu.

§ 20. CAŁKOWITY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje wykupu wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku (całkowity wykup ubezpieczenia), jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) upływie okres dwóch lat polisowych od zawarcia umowy,
 - 2) wszystkie wymagalne do dnia wykupu składki regularne są w całości zapłacone,
 - 3) wartość indywidualnego rachunku w dniu wykupu jest większa od zera.
2. Jeżeli wszystkie warunki określone w ust. 1 są spełnione, umowa wygasa w dniu całkowitego wykupu ubezpieczenia, a kwota wykupu jest równa wartości indywidualnego rachunku z dnia wykupu pomniejszonej o opłatę z tytułu całkowitego wykupu.
3. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie są spełnione, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.

§ 21. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje częściowego wykupu jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku (częściowy wykup ubezpieczenia), jeżeli wartość indywidualnego rachunku po dokonaniu częściowego wykupu jest nie niższa niż iloczyn stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu oraz wysokości składek regularnych niewycofanych po dniu dokonania w/w wykupu oraz nie niższa niż 5 000 PLN, z zastrzeżeniem treści ust. 2.
2. Jeżeli wniosek Ubezpieczającego o dokonanie częściowego wykupu jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku został złożony w trakcie pierwszych trzech lat polisowych, Towarzystwo dokona częściowego wykupu zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego, jeśli kwota częściowej wartości wykupu będzie nie wyższa niż wzrost wartości indywidualnego rachunku w dniu złożenia wniosku o wykup, z zastrzeżeniem treści ust. 5.
3. Jeżeli warunek określony w ust. 1 nie jest spełniony, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.
4. Po dokonaniu częściowego wykupu umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy przy zachowaniu dotychczasowych warunków umowy.
5. Minimalna kwota częściowego wykupu jest podana w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VI. OPLATY

§ 22. ZASADY OGÓLNE

1. Jeżeli postanowienia niniejszego rozdziału zastrzegają na rzecz Towarzystwa prawo dokonywania waloryzacji wysokości danej opłaty, stosuje się opisane poniżej zasady. Wysokość opłaty wynikająca z waloryzacji obowiązuje od dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o waloryzacji. Wskaźnik waloryzacji Towarzystwo określa na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym, ogłaszanego przez GUS. Każdej kolejnej waloryzacji podlega opłata w wysokości obowiązującej w dniu waloryzacji. Na każde żądanie Ubezpieczającego Towarzystwo jest zobowiązane podać Ubezpieczającemu aktualną zwaloryzowaną wysokość opłaty.
2. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, Towarzystwo pobiera opłaty przez umorzenie jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku.
3. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, opłata jest rozdzielana, proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy zapisanych na indywidualnym rachunku na dzień, w którym opłata stała się należna.
4. Opłaty określone niniejszym rozdziałem są naliczane zgodnie z obowiązującą Tabelą Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i zależą od obowiązującego dla danej umowy ubezpieczenia wariantu ubezpieczenia.

§ 23. OPLATA ZA PROWADZENIE INDYWIDUALNEGO RACHUNKU

Towarzystwo pobiera opłatę za prowadzenie indywidualnego rachunku. Opłata ta jest obliczana i pobierana zgodnie z obowiązującą Tabelą Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zgodnie z postanowieniami § 22.

§ 24. OPLATY MIESIĘCZNE

1. Towarzystwo pobiera w pierwszym dniu miesiąca polisowego następujące miesięczne opłaty i składkę:
 - 1) składkę za ochronę – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - 2) opłatę polisową – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - 3) opłatę administracyjną – w ostatnim dniu miesiąca polisowego.
 Opłaty i składka wymienione w pkt 1) – 3) są pobierane poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na danym koncie zgodnie z postanowieniami § 22.
2. Składka za ochronę jest ustalana w szczególności na podstawie wieku, płci oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego. Wysokość

składki za ochronę jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy pod ryzykiem podzielonej przez prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia Ubezpieczonego, gdzie:

- 1) miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu podzielonemu przez dwanaście,
 - 2) prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia jest równe dopełnieniu miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu do 1 (1 minus miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu),
 - 3) suma pod ryzykiem jest równa różnicy pomiędzy kwotą wymienioną w § 11 pkt 1), 2) a bieżącą wartością indywidualnego rachunku.
- Wysokość opłaty polisowej jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty zgodnie z postanowieniami §22. Opłata administracyjna jest ustalana procentowo w stosunku do wartości jednostek zgromadzonych na poszczególnych Funduszach. Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek zapisanych na poszczególnych Funduszach. Wysokość opłaty jest zależna od wybranego Funduszu i zgodna jest z obowiązującą Tabelą Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącą załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia,

§ 25. OPLATA Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO I CZĘŚCIOWEGO WYKUPU

1. Wysokość pobieranej opłaty z tytułu całkowitego wykupu jest równa iloczynowi stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu oraz wysokości składek regularnych niewycofanych do dnia wykupu całkowitego jest równa sumie składek regularnych należnych do dnia wykupu pomniejszonej o sumę składek regularnych wycofanych do dnia wykupu zgodnie z ust. 2 – 4.
2. Opłata z tytułu częściowego wykupu jest równa iloczynowi stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu oraz wysokości składek regularnych wycofywanych w dniu wykupu częściowego zgodnie z ust. 4 pkt 2 oraz wysokości składek wycofanych do dnia wykupu.
3. Opłata z tytułu częściowego wykupu nie jest pobierana w przypadku, gdy kwota częściowej wartości wykupu jest mniejsza lub równa od wzrostu wartości indywidualnego rachunku.
4. W przypadku, gdy kwota częściowej wartości wykupu jest większa od wzrostu wartości indywidualnego rachunku:
 - 1) od kwoty częściowej wartości wykupu w części równej wzrostowi wartości indywidualnego rachunku nie jest pobierana opłata z tytułu częściowego wykupu,
 - 2) od kwoty częściowej wartości wykupu stanowiącej różnicę pomiędzy częściową wartością wykupu oraz wzrostem wartości indywidualnego rachunku jest naliczana opłata stanowiąca iloczyn tej różnicy i wartości stawki opłaty z tytułu wykupu podanej w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, zaś wartość składek regularnych wycofanych jest zwiększana o wartość tej różnicy.
5. Opłata z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu pomniejsza kwotę całkowitego lub częściowego wykupu.

§ 26. INNE OPLATY

1. Towarzystwo pobiera opłaty z tytułu następujących operacji:
 - 1) zmiany polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze,
 - 2) zamiany Funduszy,
 - 3) przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy, do przekazania której Towarzystwo nie jest zobligowane obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Ponadto Towarzystwo pobiera miesięcznie każdego z pierwszych pięciu lat polisowych opłatę z tytułu prowadzenia umowy ubezpieczenia, którą ustala się procentowo od kwoty obliczonej zgodnie ze zdaniem następnym. Podstawę wyliczenia opłaty stanowi kwota będąca iloczynem lat polisowych, za które obliczana jest opłata (włączając w to rozpoczynający się rok polisowy) oraz kwoty składki regularnej obliczonej za dany

rok polisowy, bez uwzględnienia okresów zawieszenia opłacania składek (okresy zawieszenia opłacania składek są traktowane jak okresy, w których składka jest należna). Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 22.

3. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zmiany polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, w przypadku pierwszych sześciu zmian w/w polecenia w danym roku polisowym. Od siódmej i każdej kolejnej zmiany tego polecenia w danym roku polisowym, Towarzystwo pobiera opłatę od zmiany polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 22 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o zmianie polecenia. Opłata ta jest pobierana z indywidualnego rachunku.
4. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zamiany Funduszy, w przypadku pierwszych sześciu w/w zmian w danym roku polisowym. Od siódmej i każdej kolejnej zamiany w danym roku polisowym, Towarzystwo pobiera opłatę od zamiany Funduszy, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 22 ust. 1. Opłata jest pobierana z indywidualnego rachunku.
5. Wysokość opłaty określonej w ust. 1 pkt 3) jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 22 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i jest pobierana z indywidualnego rachunku.

ROZDZIAŁ VII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27. OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo jest zobowiązane do przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej wymienionych niżej informacji lub dokumentów:
 - 1) o zmianie warunków umowy lub zmianie prawa właściwego dla zawartej umowy ubezpieczenia wraz z określeniem wpływu tych zmian na wartość świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy – przed wyrażeniem przez strony zgody na te zmiany,
 - 2) o wysokości świadczeń przysługujących z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia, w tym o wartości wykupu, jeżeli wysokość świadczeń ulega zmianie w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, nie rzadziej niż raz w roku.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru informacji, o których mowa w ust. 1 powyżej, przy czym:
 - 1) informację, o których mowa w ust. 1 pkt 1) Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) informację, o których mowa w ust. 1 pkt 2) Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niezwłocznie po otrzymaniu ich od Towarzystwa.
3. W przypadku zmiany ogólnych warunków ubezpieczenia w czasie trwania umowy ubezpieczenia Towarzystwo przedstawi Ubezpieczającemu i Ubezpieczonemu na piśmie treść proponowanych zmian. Powyższe zmiany wchodzi w życie, jeśli Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu propozycji zmian.

§ 28. PRAWA UBEZPIECZAJĄCEGO DO WYPOWIEDZENIA UMOWY ORAZ DO ODDSTĄPIENIA OD UMOWY

1. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę. Okres wypowiedzenia wynosi trzydzieści dni i rozpoczyna się następnego dnia po doręczeniu Towarzystwu oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy zostanie doręczone Towarzystwu w okresie prolongaty, o którym mowa w § 6 ust. 2 albo podczas dodatkowego terminu, o którym mowa w § 6 ust. 3, okres wypowiedzenia podlega skróceniu i upływa odpowiednio w dniu, w którym upływa okres prolongaty albo w dniu, w którym upływa termin dodatkowy.
2. Umowa wygasa w dniu, w którym upływa okres wypowiedzenia, chyba że przed tym dniem wystąpi inna okoliczność powodująca wygaśnięcie umowy.

- Towarzystwo w terminie trzydziestu dni, licząc od dnia wygaśnięcia umowy wskutek jej wypowiedzenia, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy doręczając Towarzystwu pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Ubezpieczający, nie będący przedsiębiorcą może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie trzydziestu dni, zaś przedsiębiorca w okresie siedmiu dni, licząc od daty zawarcia umowy. W przypadku odstąpienia od umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość indywidualnego rachunku oraz wartość pobranej składki za ochronę po potrąceniu kwoty należnej Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Kwota należna Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej będzie naliczona proporcjonalnie od wpłaconej składki regularnej do okresu udzielania tej ochrony.

§ 29. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Umowa ubezpieczenia wygasa w wyniku wystąpienia co najmniej jednej z poniżej wskazanych okoliczności:
- wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
 - zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - w przypadku przewidzianym w § 6, o ile jego zajęcie połączone jest z wygaśnięciem umowy,
 - z dniem dokonania przez Towarzystwo całkowitego wykupu ubezpieczenia,
 - wartość indywidualnego rachunku nie wystarczy na pokrycie opłat przewidzianych umową.

§ 30. SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH UMOWY

- Oświadczenia woli bądź wiedzy, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają strony, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Każde oświadczenie kierowane do Towarzystwa musi zawierać dane umożliwiający identyfikację umowy, której dotyczy, wskazywać czynność, której dotyczy, oraz zawierać inne dane wymagane umową dla tego oświadczenia. Ponadto, oświadczenia powinny być składane na stosowanych przez Towarzystwo formularzach wniosków, zgłoszeń, zawiadomień, poleceń oraz innych formularzach właściwych dla danego oświadczenia udostępnianych przez Towarzystwo.
- Jeżeli oświadczenie nie zostało złożone zgodnie z wymogami określonymi w ust. 2, Towarzystwo wyznaczy osobie składającej oświadczenie dodatkowy termin na uzupełnienie oświadczenia lub dostarczenia niezbędnych dokumentów. Jeżeli osoba składająca oświadczenie nie uzupełni go w wyznaczonym terminie, jej oświadczenie uznaje się za bezskuteczne.
- Jeżeli oświadczenie jest składane przez pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego, do oświadczenia należy odpowiednio dołączyć pełnomocnictwo wskazujące zakres umocowania lub dokumenty urzędowe potwierdzające istnienie przedstawicielstwa ustawowego.

§ 31. DORĘCZENIA

- Pisma skierowane do Towarzystwa uznaje się za doręczone w dniu ich złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa.
- Jeżeli oświadczenie skierowane do Towarzystwa zostało uzupełnione w trybie określonym w § 30 ust. 3, skutek doręczenia takiego pisma następuje, w rozumieniu umowy, w dniu złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa prawidłowo sporządzonego pisma uzupełniającego.
- Pisma Towarzystwa skierowane do Ubezpieczającego albo Ubezpieczonego albo Uposażonego uznaje się za doręczone z chwilą doręczenia na ostatni wskazany adres osoby, do której pismo jest skierowane.
- W przypadku zmiany adresu zamieszkania lub siedziby przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo Uposażonego i niepowiadomienia o tym Towarzystwa, zgodnie z postanowieniem § 32 ust. 1 poniżej, strony uznają, że skutek doręczenia pisma Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu albo Uposażonemu następuje po upływie trzydziestu dni od daty wysłania pisma przez Towarzystwo na ostatni wskazany adres, nawet jeśli nie dotarło do adresata.

§ 32. ZMIANA ADRESU LUB SIEDZIBY

- Zgłoszenie Towarzystwu zmiany adresu wymaga formy pisemnej i jest skuteczne od dnia jego złożenia/dostarczenia na adres

siedziby Towarzystwa.

- Towarzystwo jest zobowiązane powiadomić o zmianie swojej siedziby przez dwukrotne ogłoszenie w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym.

§ 33. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty kwot z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków podlegają stosownym przepisom prawa regulującym opodatkowania osób fizycznych i prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat. Aktualny na dzień wejścia w życie ogólnych warunków stan prawny dotyczący zasad opodatkowania wypłat z tytułu umów ubezpieczenia regulują:

- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).

§ 34. DOKŁADNOŚĆ OBLICZEŃ I ZAOKRĄGLENIA

Jeżeli z umowy nie wynika co innego, do ustalania kwot, wartości i ilości w niej przewidzianych stosuje się następujące zasady:

- kwoty, wartości i ilości przewidziane w umowie ustala się z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, chyba że z poniższych postanowień albo z postanowień Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych wynika co innego,
- z dokładnością do piątego miejsca po przecinku ustala się liczbę wszystkich jednostek danego Funduszu zapisanych na indywidualnym rachunku.

Zaokrąglenia następują na zasadach ogólnych.

§ 35. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

- Sądem właściwym do rozpatrywania wszelkich sporów wynikłych pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi w związku z umową jest sąd właściwy ze względu na siedzibę Towarzystwa, albo sąd właściwy dla miejsca zamieszkania, albo siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
- Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

§ 36. WYKAZ FUNDUSZY OFEROWANYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM MEGA BONUS

- Towarzystwo może utworzyć nowe Fundusze. Utworzenie nowego Funduszu, także wycofanie Funduszu z oferty Towarzystwa nie stanowi zmiany umowy.
- Aktualny Wykaz Funduszy dostępnych w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym Mega Bonus wraz ze strategiami tych Funduszy Ubezpieczający otrzyma w rocznicę polisy.
- Jeżeli Ubezpieczający, po doręczeniu mu strategii nowego Funduszu, złoży Towarzystwu polecenie ulokowania w tym Funduszu środków pochodzących z wpłaty składki, będzie to uważane za przyjęcie tej Strategii przez Ubezpieczającego.

WYKAZ FUNDUSZY

NAZWA FUNDUSZU UFK	KOD FUNDUSZU	WSPÓŁCZYNNIK CENY NABYCIA JEDNOSTEK	NAZWA FUNDUSZU UFK	KOD FUNDUSZU	WSPÓŁCZYNNIK CENY NABYCIA JEDNOSTEK
Arka BZ WBK Obligacji	AR11	0	Millennium Zrównoważony	MI31	0
Arka BZ WBK Ochrony Kapitału	AR12	0	Millennium Akcji	MI41	0
Arka BZ WBK Zrównoważony	AR31	0	Pioneer Pieniężny	PI01	0
Arka BZ WBK Akcji	AR41	0	Pioneer Obligacji Plus	PI11	0
Arka BZ WBK Akcji Środkowej i Wschodniej Europy	AR42	0	Pioneer Obligacji	PI12	0
Arka BZ WBK Funduszy Akcji Zagranicznych	AR43	0	Pioneer Stabilnego Wzrostu	PI21	0
BPH Obligacji 2	BP11	0	Pioneer Zrównoważony	PI31	0
BPH Stabilnego Wzrostu	BP21	0	Pioneer Wzrostu i Dochodu MIX 40	PI32	0
BPH Akcji	BP41	0	Pioneer Wzrostu MIX 60	PI33	0
BPH Akcji Europy Wschodzącej	BP42	0	Pioneer Akcji Polskich	PI41	0
BPH Akcji Dynamicznych Spółek	BP43	0	Pioneer Akcji Rynków Dalekiego Wschodu	PI42	0
BPH Aktywnego Zarządzania	BP53	0	Pioneer Dochodu i Wzrostu Rynku Chińskiego	PI51	0
PKO Obligacji	CS11	0	Novo Obligacji Przedsiębiorstw	SE11	0
PKO Stabilnego Wzrostu	CS21	0	Novo Papierów Dłużnych	SE12	0
PKO Zrównoważony	CS31	0	Novo Stabilnego Wzrostu	SE21	0
PKO Akcji	CS41	0	Novo Zrównoważonego Wzrostu	SE31	0
DWS Polska Płynna Lokata Plus	DW01	0	Novo Akcji	SE41	0
DWS Polska Płynna Lokata	DW02	0	Superfund A	SF51	0
DWS Polska Dłużnych Papierów Wartościowych	DW11	0	Superfund B	SF52	0
DWS Polska Zabezpieczenia Emerytalnego	DW21	0	Superfund GoldFuture	SF53	0
DWS Polska Zrównoważony	DW31	0	Skarbiec - Kasa	SK01	0
DWS Polska Akcji	DW41	0	Skarbiec - Gotówkowy	SK02	0
DWS Polska Top 50 Małych i Średnich Spółek Plus	DW42	0	Skarbiec - Obligacja	SK11	0
DWS Polska Akcji Plus	DW43	0	Skarbiec - Depozytowy	SK12	0
HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany	HG01	0	Skarbiec - Top Funduszy Stabilnych	SK21	0
HDI-Gerling Fundusz Bezpieczny	HG11	0	Skarbiec - III Filar	SK22	0
HDI-Gerling LEO	HG12	0	Skarbiec - Waga	SK31	0
HDI-Gerling Fundusz Stabilnego Wzrostu	HG21	0	Skarbiec - Akcja	SK41	0
HDI-Gerling Portfel Modelowy Stabilnego Wzrostu	HG22	0	Skarbiec - Top Funduszy Akcji	SK42	0
HDI-Gerling Fundusz Wzrostu i Dochodu	HG31	0	Skarbiec - Top Funduszy Zagranicznych	SK44	0
HDI-Gerling Portfel Modelowy Zrównoważony	HG32	0	Skarbiec - Rynków Surowcowych	SK51	0
HDI-Gerling LIBRA	HG33	0	Skarbiec - Alokacji Globalnej	SK52	0
HDI-Gerling TAURUS	HG41	0	Union Investment UniKorona Pieniężny	UI01	0
HDI-Gerling Portfel Modelowy Aktywnej Alokacji	HG51	0	Union Investment UniKorona Obligacje	UI11	0
ING Stabilnego Wzrostu	IN21	0	Union Investment UniDolar Obligacje (PLN)	UI12	0
ING Zrównoważony	IN31	0	Union Investment UniStoProcent Plus	UI21	0
ING Akcji	IN41	0	Union Investment UniStabilny Wzrost	UI22	0
Legg Mason Pieniężny	LM01	0	Union Investment UniKorona Zrównoważony	UI31	0
Legg Mason Senior	LM21	0	Union Investment UniKorona Akcje	UI41	0
Legg Mason Zrównoważony Środkowoeuropejski	LM31	0	Union Investment UniAkcje Polska 2012	UI43	0
Legg Mason Akcji	LM41	0	Union Investment UniAkcje Nowa Europa	UI45	0
Millennium Pieniężny	MI01	0	Union Investment UniMax Zagranica	UI46	0
Millennium Stabilnego Wzrostu	MI21	0	Union Investment UniAktywna Alokacja (95%)	UI51	0

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym zostały uchwalone przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA uchwałą nr 197/HDI/2008 z dnia 27.10.2008 r. i obowiązują od dnia 27.10.2008 r.

TABELA OPŁAT I MINIMALNYCH WARTOŚCI DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS” (IFK 14)

uchwalona przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna uchwałą nr 197/HDI/2008 z dnia 27.10.2008 r. i obowiązującą od dnia 27.10.2008 r.

Minimalne składki			
	Silver	Gold	Platinum
Miesięczna	130 PLN	180 PLN	250 PLN
Kwartalna	390 PLN	540 PLN	750 PLN
Półroczna	750 PLN	1 080 PLN	1 500 PLN
Roczna	1 500 PLN	2 000 PLN	2 750 PLN
Dodatkowa	500 PLN	500 PLN	500 PLN

Alokacja składki i opłaty			
Tytuł potrącenia	Wysokość potrącenia		
1. Alokacja składki (procent składki, za który przydzielane są jednostki)	100%		
2. Opłata za prowadzenie indywidualnego rachunku pobierana od każdej wpłaconej składki regularnej i dodatkowej	5%		

Od pierwszego do piątego roku polisowego			
	Silver	Gold	Platinum
3. Opłata za prowadzenie umowy ubezpieczenia <i>Miesięcznie</i>	1,05%	0,95%	0,90%
4. Opłata polisowa <i>Miesięcznie</i>	10 PLN	7 PLN	4 PLN

	HG12, HG33, HG41, HG22, HG32, HG51	Pozostałe Fundusze
5. Opłata administracyjna <i>Miesięcznie</i>	0,0417%	0,1417%
6. Opłata za zamianę Funduszy	6 zamian Funduszy w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN	
7. Opłata za zmianę polecenia rozdzielenia składki	6 zmian polecenia rozdzielenia składki w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN	
8. Opłata za przesłanie na wniosek Ubezpieczającego dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy	10 PLN	

Lata polisowe														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14 i dalsze
9. Opłata z tytułu częściowego/całkowitego wykupu ubezpieczenia	100%	80%	65%	55%	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	5%	0%	

MINIMALNE WARTOŚCI INNYCH PARAMETRÓW UBEZPIECZENIA

Minimalna wartość indywidualnego rachunku po dokonaniu częściowego wykupu	Kwota stanowiąca iloczyn stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w wierszu nr 9 powyższej tabeli, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu oraz wysokości składek regularnych niewycofanych po dniu dokonania w/w wykupu, nie mniej niż 5 000 zł
Minimalna wartość indywidualnego rachunku umożliwiająca zawieszenie opłacania składek oraz przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe	5 000 PLN
Minimalna kwota częściowego wykupu	1 000 PLN

MIESIĘCZNA SKŁADKA ZA OCHRONĘ ZA 1000 PLN SUMY POD RYZYKIEM W PLN

WIEK	MĘŻCZYZNA	KOBIETA	WIEK	MĘŻCZYZNA	KOBIETA	WIEK	MĘŻCZYZNA	KOBIETA
0	1,12	0,91	34	0,21	0,07	68	3,56	1,68
1	0,06	0,06	35	0,23	0,08	69	3,84	1,86
2	0,05	0,05	36	0,25	0,08	70	4,14	2,08
3	0,05	0,05	37	0,28	0,09	71	4,47	2,33
4	0,05	0,05	38	0,31	0,11	72	4,83	2,62
5	0,05	0,05	39	0,34	0,12	73	5,21	2,94
6	0,05	0,05	40	0,37	0,13	74	5,62	3,29
7	0,05	0,05	41	0,41	0,15	75	6,06	3,67
8	0,05	0,05	42	0,45	0,17	76	6,54	4,08
9	0,05	0,05	43	0,49	0,18	77	7,08	4,55
10	0,05	0,05	44	0,53	0,20	78	7,69	5,09
11	0,05	0,05	45	0,58	0,22	79	8,37	5,72
12	0,05	0,05	46	0,63	0,24	80	9,11	6,44
13	0,05	0,05	47	0,68	0,26	81	9,89	7,24
14	0,05	0,05	48	0,75	0,28	82	10,68	8,09
15	0,05	0,05	49	0,82	0,31	83	11,48	8,98
16	0,06	0,05	50	0,90	0,33	84	12,30	9,92
17	0,08	0,05	51	0,98	0,36	85	13,10	10,89
18	0,09	0,05	52	1,07	0,39	86	14,09	12,02
19	0,10	0,05	53	1,16	0,42	87	15,16	13,25
20	0,11	0,05	54	1,25	0,45	88	16,29	14,58
21	0,11	0,05	55	1,36	0,48	89	17,49	16,00
22	0,12	0,05	56	1,46	0,52	90	18,77	17,53
23	0,12	0,05	57	1,58	0,56	91	20,12	19,17
24	0,12	0,05	58	1,70	0,61	92	21,55	20,91
25	0,12	0,05	59	1,83	0,67	93	23,06	22,76
26	0,12	0,05	60	1,98	0,73	94	24,65	24,72
27	0,13	0,05	61	2,13	0,81	95	26,31	26,78
28	0,14	0,05	62	2,29	0,91	96	28,06	28,95
29	0,15	0,05	63	2,47	1,01	97	29,88	31,22
30	0,16	0,05	64	2,66	1,12	98	31,78	33,58
31	0,17	0,05	65	2,86	1,24	99	33,75	36,03
32	0,18	0,06	66	3,07	1,37	Powyżej 99	35,79	38,56
33	0,19	0,06	67	3,30	1,52			

Tryb i sposób pobierania opłat zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Bonus” (IFK 14) oraz Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Opłaty kwotowe mogą być waloryzowane nie częściej niż raz w roku kalendarzowym.

* Współczynnik stosowany do kalkulacji ceny nabycia zgodnie z § 6 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, ustalany indywidualnie dla każdego Funduszu

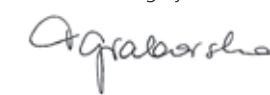
Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Bonus” (IFK 14) zostały uchwalone przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna uchwałą nr 197/HDI/2008 z dnia 27.10.2008 r. i obowiązującą od dnia 27.10.2008 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Teresa Grabowska

ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA BONUS”

REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH HDI-GERLING ŻYCIE TU S.A.

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zwany dalej Regulaminem, określa cel, zasady i warunki funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez HDI-Gerling Życie TU S.A. w ramach Ubezpieczeń na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym.
- Fundusze, o których mowa w ust. 1, wyszczególnione są w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- Zasady określone w Rozdziale I niniejszego Regulaminu są wspólne i mają zastosowanie dla wszystkich Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, wyszczególnionych w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- W kwestiach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie mają zastosowanie zapisy ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU).

ROZDZIAŁ I ZASADY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

§ 2. UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (w dalszej części Regulaminu zwany Funduszem) jest wydzielonym przez HDI-Gerling Życie TU SA (w dalszej części Regulaminu zwane Towarzystwem) funduszem aktywów, stanowiącym rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowanym na zasadach określonych w niniejszym Regulaminie.

§ 3. AKTYWA NETTO FUNDUSZU – WYCENA

- Aktywa netto Funduszu na dzień wyceny równe są wartości wszystkich aktywów znajdujących się w portfelu lokat, pomniejszonych o zobowiązania Funduszu.
- Wartość aktywów określona w ust. 1 obliczana jest przez Towarzystwo w dniu wyceny.
- Dniem wyceny jest każdy roboczy dzień miesiąca kalendarzowego, dla którego możliwa jest wycena instrumentów finansowych wyszczególnionych w § 4.
- W przypadku gdy nie jest możliwa wycena, o której mowa w ust. 3, obowiązuje wartość aktywów netto Funduszu z ostatniego dnia wyceny.
- W celu ustalenia wartości aktywów netto, o których mowa w ust. 1, Towarzystwo przyjmuje metodę wyceny według wartości godziwej, o której mowa we właściwych przepisach prawa, a jeśli nie będzie to możliwe, metodę zapewniającą najbardziej wiarygodną i rzetelną wycenę wartości poszczególnych składników portfela aktywów, wyszczególnionych w § 4.

§ 4. AKTYWA UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO – PORTFEL AKTYWÓW

- W skład portfela aktywów Funduszu wchodzić mogą instrumenty finansowe i aktywa wyszczególnione w Art. 154 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wraz z późniejszymi zmianami (w dalszej części Regulaminu zwanej Ustawą).
- Portfel aktywów, o którym mowa w ust. 1, może być zróżnicowany dla każdego z Funduszy wskazanych w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
- Wykaz Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiący integralną część umowy ubezpieczenia, zawiera charakterystykę aktywów wchodzących w skład Funduszy, kryteria doboru aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne.

§ 5. JEDNOSTKA UCZESTNICTWA

- Jednostka Funduszu (w dalszej części Regulaminu zwana Jednostką) jest to wydzielona część Funduszu, dająca równe prawo do udziału w jego aktywach netto.
- Jednostki tworzone są w momencie przekazania i alokowania składek ubezpieczeniowych oraz wpłat dodatkowych do aktywów Funduszu.

- Fundusz podzielony jest na Jednostki o jednakowej wartości.
- Wartość Jednostki w dniu wyceny równa jest ilorazowi wartości aktywów netto Funduszu oraz liczby wszystkich istniejących jednostek Funduszu.
- Wartość, o której mowa w ust. 4, stanowi cenę umorzenia Jednostki.
- Cena umorzenia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością nie mniejszą niż do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).
- Jednostki ewidencjonowane są na indywidualnym rachunku.
- Jednostki nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich oraz nie mogą być przedmiotem dziedziczenia.
- Jednostki nie podlegają oprocentowaniu.

NABYCIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 6. PRZEKAZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA NA INDYWIDUALNY RACHUNEK

- Zakup Jednostek następuje po cenie nabycia i polega na przekazaniu Jednostek na indywidualny rachunek.
- Cena nabycia kalkulowana jest jako iloczyn ceny umorzenia Jednostki, określonej w myśl § 5 ust. 5, oraz formuły: $1 + x$, gdzie „x” jest współczynnikiem ceny nabycia Jednostek.
- Współczynnik „x”, o którym mowa w ust. 2, ustalany jest indywidualnie dla każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i podany jest w OWU.
- Cena nabycia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością nie mniejszą niż do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).

§ 7.

- Liczba Jednostek przekazanych na indywidualny rachunek kalkulowana jest jako iloraz wartości alokowanej składki ubezpieczeniowej lub alokowanej wpłaty dodatkowej wpłaconej przez ubezpieczającego oraz obowiązującej w danym dniu ceny nabycia określonej w § 6 ust. 2.
- Jednostki przekazywane są na indywidualny rachunek w terminach wskazanych w OWU, z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).

§ 8. UMORZENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

- Umorzenie Jednostek następuje w sytuacjach przewidzianych w OWU oraz umowie ubezpieczenia.
- Umorzenie Jednostek skutkuje likwidacją określonej liczby Jednostek oraz jednoczesnym obniżeniem wartości aktywów Funduszu.
- Jednostki umarzone są według ceny umorzenia, zgodnej z postanowieniami § 5 ust. 5 i 6.

§ 9. ZAMIANA (KONWERSJA) JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

- Zamiana (konwersja) Jednostek polega na realizacji dyspozycji umorzenia Jednostek we wskazanym Funduszu oraz jednoczesnej dyspozycji nabycia za wartość uzyskaną w wyniku umorzenia Jednostek w innym Funduszu znajdującym się w Wykazie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych z zachowaniem postanowień § 6.
- Dyspozycja, o której mowa w ust. 1, winna być przekazana na formularzu Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub osobę, która w umowie ubezpieczenia jest uprawniona do składania dyspozycji dotyczących lokowania składki ubezpieczeniowej.
- Zamiana (Konwersja) Jednostek może być realizowana w jednym lub kilku Funduszach jednocześnie z zachowaniem właściwych postanowień OWU.

§ 10. LIKWIDACJA FUNDUSZU

- W dniu likwidacji danego Funduszu następuje umorzenie wszystkich jednostek likwidowanego Funduszu. Wartość likwidacyjna pochodząca z umorzenia tych jednostek jest przeznaczana, zgodnie z zachowaniem postanowień OWU.

§ 11. OPŁATY I KOSZTY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

- Opłaty związane z funkcjonowaniem każdego z funduszy oferowanych przez Towarzystwo wyszczególnione są w treści OWU oraz Wykazie Funduszy.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszania aktywów Funduszy o wszystkie koszty wynikające z procesu inwestowania, a w szczególności o opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i realizowanych przelewów, dokonywanych wycen, obowiązków informacyjnych wyszczególnionych w § 12 oraz kosztów wynikających

z przechowywania aktywów Funduszu.

- Towarzystwo zastrzega sobie prawo pomniejszania wartości Funduszy z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na aktywach każdego z Funduszy.

§ 12. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

- Towarzystwo ogłasza w dzienniku o zasięgu ogólnopolskim wartość Jednostek Funduszy, zgodnie ze stosownymi zapisami Ustawy.
- Towarzystwo sporządza i publikuje roczne i półroczne sprawozdania Funduszy, zgodnie ze stosownymi zapisami Ustawy i Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie rocznych i półrocznych sprawozdań ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

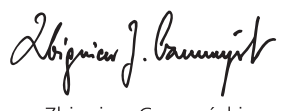
- Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla zmian Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
- Wszelkie kwestie prawne nie ujęte w niniejszym Regulaminie będą rozstrzygane zgodnie z przepisami prawa polskiego.
- W przypadku sprzeczności poszczególnych postanowień niniejszego Regulaminu z treścią postanowień OWU stosować się będzie właściwe postanowienia OWU.
- Niniejszy tekst Regulaminu, zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 102/HD/2008 z dnia 28.07.2008 r. wchodzi w życie z dniem 15.08.2008 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Zbigniew Czuszyński

HDI-Gerling Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA
ul. Hrubieszowska 2
01-209 Warszawa

infolinia: 0 801 HDI HDI
(0 801 434 434)
www.hdi-gerling.pl