

Ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie
z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

MULTIASPEKT

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”

SPIS TREŚCI	Strona
OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”	5
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (INK 1)	13
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU1)	14
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (IPZ 1)	16
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ZDOLNOŚCI DO OPŁACANIA SKŁADEK PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO NA SKUTEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA (IOS 1)	18
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 1)	20
ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”	22
ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”	23

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwanym dalej Towarzystwem a ubezpieczającym i stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
2. Do umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych OWU, stosuje się postanowienia Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiących integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 2.

W umowie ubezpieczenia i w niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **cena nabycia** – cena, po której nabywane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 2) **cena umorzenia** – cena, po której umarzone są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zgodnie z postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 3) **dzień wyceny** – dzień wyceny aktywów oraz jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, zdefiniowany w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 4) **indeksacja** – następujące w rocznicę polisy podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej, zgodnie z postanowieniami niniejszych OWU,
- 5) **indywidualne konto jednostek uczestnictwa** – wydzielony przez Towarzystwo rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 6) **jednostki uczestnictwa** – równe co do wartości, wydzielone części Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego, dające prawo do proporcjonalnego udziału w jego aktywach netto,
- 7) **maksymalna suma ubezpieczenia** – wartość równa 200% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy, zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 8) **minimalna suma ubezpieczenia** – wartość równa 1% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy, zadeklarowana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 9) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie niniejszych OWU i umowy ubezpieczenia,
- 10) **okres rozliczeniowy** – okres, za który powinna być opłaćana należna składka ubezpieczeniowa, trwający w zależności od częstotliwości opłacania składek: miesiąc – przy miesięcznej, 3 miesiące – przy kwartalnej, 6 miesięcy – przy półrocznej i 12 miesięcy – przy rocznej częstotliwości opłacania składek,
- 11) **opłacenie składki** – uiszczenie przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, w pełnej należnej wysokości za kolejny okres rozliczeniowy,
- 12) **osoba uprawniona** – uposażony, a także każda inna niż uposażony osoba fizyczna lub inny podmiot uprawniony w myśl niniejszych OWU do otrzymania świadczenia,
- 13) **polisą** – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający jej warunki,
- 14) **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo w ramach ubezpieczeń na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym,
- 15) **rocznica polisy** – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 16) **rok polisowy** – rok rozpoczynający się w dniu wskazanym w polisie jako dzień rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia oraz rok rozpoczynający się w każdą kolejną rocznicę polisy,
- 17) **składka alokowana** – określona w niniejszych OWU część składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej, która przeznaczana jest na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 18) **składka ubezpieczeniowa** – kwota, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości i w terminach określonych w umowie ubezpieczenia,
- 19) **suma ubezpieczenia** – wartość w granicach od 1% do 200% sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych należnych w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, zadeklarowanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia z uwzględnieniem późniejszych zmian wynikających z umowy ubezpieczenia,
- 20) **świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia i niniejszymi OWU,
- 21) **ubezpieczający** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, przedsiębiorca lub inna jednostka organizacyjna zawierająca z Towarzystwem umowę Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym w oparciu o niniejsze OWU i zobowiązana do opłacania składek ubezpieczeniowych,
- 22) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** – wydzielony przez Towarzystwo fundusz aktywów, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych, inwestowany w sposób określony w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,
- 23) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 24) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu ubezpieczonego,
- 25) **uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego,
- 26) **wartość polisy** – wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa,
- 27) **wartość wykupu** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa, pomniejszona o opłatę likwidacyjną, wypłacana na warunkach określonych w niniejszych OWU,
- 28) **wiek ubezpieczonego** – różnica pomiędzy rokiem bieżącym a rokiem urodzenia ubezpieczonego,
- 29) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – poświadczony własnoręcznym podpisem przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa dokument sporządzony na formularzu Towarzystwa, w którym ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU,
- 30) **wpłata dodatkowa** – kwota, która może być opłaćona poza należną składką ubezpieczeniową na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa,
- 31) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o świadczenie na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia i niniejszych OWU.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia, w ramach umowy zawartej na podstawie niniejszych OWU, jest życie ubezpieczonego.
2. O ile umowa ubezpieczenia tak stanowi, zakres ubezpieczenia może być rozszerzony na podstawie umów dodatkowych zawartych między ubezpieczającym a Towarzystwem.

§ 4.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku śmierci ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty osobie uprawnionej świadczenia w wysokości wyższej z następujących wartości:
 - 1) aktualnej w dniu śmierci ubezpieczonego sumy ubezpieczenia,
 - 2) wartości polisy powiększonej o minimalną sumę ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia roku polisowego, w którym

ubezpieczony ukończył 80 lat, polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu świadczenia w wysokości wartości polisy.

3. Wartość polisy wyliczana w przypadku śmierci ubezpieczonego, o której mowa w ust. 1 pkt. 2) jest ustalana w oparciu o wycenę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w pierwszym dniu wyceny po dniu śmierci ubezpieczonego.
4. Wartość polisy wyliczana w przypadku dożycia przez ubezpieczonego ostatniego dnia roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 80 lat, o której mowa w ust. 2, jest ustalana w oparciu o wycenę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w pierwszym dniu wyceny po zakończeniu roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończył 80 lat.
5. Dzień wyceny, o którym mowa w ust. 3 i 4, określony jest według definicji dnia wyceny wskazanej w § 2 pkt. 3.

§ 5. PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo spełni na rzecz osoby uprawnionej świadczenie zgodne z zasadami opisanymi w niniejszych OWU.
2. Towarzystwo ma obowiązek pisemnego poinformowania ubezpieczającego i ubezpieczonego nie rzadziej niż raz w roku o wysokości świadczeń należnych z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. W razie podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego całkowicie bądź częściowo niezgodnych z prawdą informacji lub oświadczeń istotnych dla oceny ryzyka, Towarzystwo w okresie pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia może odmówić wypłaty świadczenia, jeżeli okoliczności, o których podano informację, całkowicie bądź częściowo są niezgodne z prawdą lub miały wpływ na zwiększenie prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
4. Jeżeli wiek lub płeć ubezpieczonego podano błędnie, Towarzystwo ma prawo do zmiany wysokości świadczenia należnego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na kwotę, jaka byłaby należna, gdyby powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym.
5. Ubezpieczający i ubezpieczony mają obowiązek zgłaszania Towarzystwu w formie pisemnej zmian swojego nazwiska i adresu oraz zmian nazwisk uposażonych.

§ 6. WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest:
 - 1) złożenie przez ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa,
 - 2) opłacenie przez ubezpieczającego kwoty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości,
 - 3) akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo.
2. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia lub do wypełnienia nowego, w terminie podanym w wezwaniu.
3. W przypadku opisanym w ust. 2 tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa, o której mowa w § 8, ulega zawieszeniu w okresie od daty otrzymania wezwania przez ubezpieczającego do daty otrzymania przez Towarzystwo kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub nie złoży nowego w terminie, o którym mowa w ust. 2, lub Towarzystwo nie zaakceptuje wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3), umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, natomiast Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

§ 7. OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

1. Ubezpieczający i ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane im okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w innych dokumentach.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzyskania od ubezpieczającego lub ubezpieczonego wszelkich informacji i dokumentów, świadczących o stanie zdrowia ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji i dokumentów, mogących mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia

od stanu zdrowia ubezpieczonego, potwierdzonego wynikiem badań lekarskich, przeprowadzonych przez lekarza wskazanego przez Towarzystwo.

4. Koszty badań lekarskich zleconych przez Towarzystwo, o których mowa w ust. 3, ponosi Towarzystwo.
5. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia Towarzystwo dokonuje oceny stopnia ryzyka ubezpieczeniowego na podstawie informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub innej dokumentacji wskazanej w ust. 2 i ust. 3.
6. Ocena stopnia ryzyka ubezpieczeniowego dokonywana przez Towarzystwo polega na określeniu prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostaną zawarte.
7. Ocena, o której mowa w ust. 6, dokonywana będzie m.in. w oparciu o informacje dotyczące ubezpieczonego, w tym: stan zdrowia, płeć, wiek, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby, a także status majątkowy ubezpieczonego i ubezpieczającego.
8. W przypadku stwierdzenia podwyższonego ryzyka ubezpieczeniowego, wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 6, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odroczenia terminu zawarcia umowy ubezpieczenia, odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez ubezpieczającego.
9. W przypadku odroczenia terminu lub odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 8, Towarzystwo dokona na rzecz ubezpieczającego zwrotu wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie 30 dni od daty powzięcia powyższej decyzji.
10. Jeżeli z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo wynika, że Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach, które będą odbiegać na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub OWU, Towarzystwo powiadomi o tym ubezpieczającego na piśmie, wskazując różnice między postanowieniami umowy a postanowieniami zawartymi w złożonym wniosku lub treści OWU.
11. W przypadku określonym w treści ust. 10, Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 7 dni, do wyrażenia sprzeciwu na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
12. W razie zgłoszenia sprzeciwu, w terminie wskazanym w ust. 11, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, z zastrzeżeniem zastosowania treści ust. 9, a tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem upływu terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu przez ubezpieczającego lub z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu ubezpieczającego na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.
13. W przypadku braku sprzeciwu uznawać się będzie, że umowa doszła do skutku, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.

§ 8. TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z zachowaniem postanowień, o których mowa w § 14.
3. W przypadku zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę 50 000 zł.
4. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zatajenia lub podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego nieprawdziwych informacji we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, chyba że powyższe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. W przypadku, gdy nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci na rzecz osoby uprawnionej świadczenie w wysokości dotychczas dokonanych wpłat.
6. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje we wskazanych poniżej terminach, w przypadku wystąpienia

któregokolwiek z następujących zdarzeń:

- 1) zawarcia umowy ubezpieczenia - z dniem poprzedzającym dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) niezawarcia umowy ubezpieczenia - z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 3) upływu okresu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej - z upływem 60 dni od wskazanej w ust. 1 daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
- 4) niedostarczenia żądanych przez Towarzystwo dokumentów - z upływem terminu wyznaczonego przez Towarzystwo na ich dostarczenie, nie później jednak niż 60 dni od daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

§ 9. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 18 rok życia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończył 16 rok życia i nie ukończył 65 roku życia.
3. Zakończenie okresu opłacania składek ubezpieczeniowych przypada najpóźniej na koniec roku polisowego, w którym ubezpieczony ukończy 68 lat.
4. Towarzystwo potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
5. Z zastrzeżeniem treści § 7 ust. 13, umowę ubezpieczenia uznaje się za zawartą z chwilą doręczenia przez Towarzystwo polisy ubezpieczającemu.
6. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego na okres nie krótszy niż 3 lata i nie dłuższy niż do osiągnięcia przez ubezpieczonego 80 roku życia.
7. Otwarcie indywidualnego konta jednostek uczestnictwa następuje w dniu wystawienia polisy.

§ 10. CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Na podstawie niniejszych OWU umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres wskazany w polisie.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej z zachowaniem postanowień § 19 ust. 4.
3. Od dnia podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej do dnia zawarcia umowy ubezpieczenia obowiązuje tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa na zasadach określonych w § 8 niniejszych OWU, z zastrzeżeniem § 6 ust. 3.

§ 11.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa ustaje z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Ponadto odpowiedzialność Towarzystwa ustaje:
 - 1) z końcem miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem postanowień § 20 ust. 4,
 - 2) z chwilą śmierci ubezpieczonego,
 - 3) pierwszego dnia miesiąca, w którym wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu,
 - 4) z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 80 lat,
 - 5) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami § 16.

§ 12.

Ustanie odpowiedzialności, o której mowa w § 11, nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 9 ust. 3.

§ 13. OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych OWU w przypadku:
 - 1) śmierci ubezpieczonego w wyniku działań wojennych lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w ruchach i zamieszkach społecznych,
 - 2) śmierci ubezpieczonego w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa,
 - 3) samobójstwa ubezpieczonego, popełnionego w okresie

2 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

2. W przypadkach opisanych w ust. 1, Towarzystwo wypłaci wartość wykupu ubezpieczenia na zasadach określonych w § 33 niniejszych OWU.

§ 14.

W przypadku, gdy przyczyną śmierci ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który wystąpił w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu śmierci ubezpieczonego w następującym:

- 1) zdarzeń określonych w § 13 niniejszych OWU,
- 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
- 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
- 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych, stanu zdrowia ubezpieczonego lub nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
- 10)

§ 15. ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpić od umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni, a w przypadku, gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres, w jakim Towarzystwo udzielało ochrony ubezpieczeniowej.
3. Następstwem odstąpienia od umowy ubezpieczenia jest jej rozwiązanie z dniem otrzymania przez Towarzystwo oświadczenia ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 16. WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego pisemnie, w każdym czasie, z zachowaniem 30-dniowego okresu wypowiedzenia.
2. Następstwem wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia.
3. Przed upływem trzech lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do rozwiązania umowy ubezpieczenia bez wypowiedzenia i ze skutkiem natychmiastowym w przypadku stwierdzenia, że informacje, które ubezpieczający był obowiązany podać Towarzystwu, a które stanowiły podstawę zawarcia umowy ubezpieczenia, są niepełne lub niezgodne z prawdą.

§ 17. ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu najwcześniej zaistniałego zdarzenia z wymienionych poniżej:

- 1) w dniu odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,

- 2) z końcem miesiąca kalendarzowego, za który opłacona została ostatnia składka ubezpieczeniowa, z zastrzeżeniem § 34 ust. 1 i ust. 3, jeżeli składka ubezpieczeniowa nie została opłacona w dodatkowym terminie wskazanym przez Towarzystwo, zgodnie z postanowieniami § 20 ust. 3,
- 3) gdy wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa jest niewystarczająca na pokrycie opłat związanych z umową ubezpieczenia w danym miesiącu,
- 4) z ostatnim dniem okresu wypowiedzenia,
- 5) w dniu śmierci ubezpieczonego.

§ 18. ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO

1. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia możliwa jest zmiana ubezpieczającego, z zachowaniem postanowień § 9 ust. 1.
2. Zmiana dokonywana jest na podstawie pisemnego wniosku, sporządzonego na formularzu Towarzystwa, podpisanego przez obecnego ubezpieczającego oraz przez osobę fizyczną, przedsiębiorcę lub jednostkę organizacyjną, która przejmie prawa i obowiązki ubezpieczającego.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego, na podstawie prawomocnego postanowienia sądu, prawa i obowiązki z umowy ubezpieczenia przechodzą na spadkobierców dotychczasowego ubezpieczającego. Spadkobiercy mają prawo wyznaczyć nowego ubezpieczającego, wypełniając odpowiedni formularz Towarzystwa i dołączając prawomocne postanowienie sądu, potwierdzające ich prawa.
4. Zmiana ubezpieczającego następuje z dniem doręczenia Towarzystwu właściwego i kompletnego formularza, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3.

§ 19. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7.
2. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie składek ubezpieczeniowych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną albo jednorazowej składki ubezpieczeniowej, zgodnie z dyspozycją ubezpieczającego wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Minimalną wysokość składki ubezpieczeniowej ustala Towarzystwo. Dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka wpłynie na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa, wskazany w umowie ubezpieczenia.
4. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej powinna być dokonana przez ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo, w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający ma prawo do złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składek ubezpieczeniowych. Wniosek zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych.
6. Towarzystwo dokona zmiany częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej w najbliższym możliwym terminie, zależnym od aktualnie obowiązującej i wnioskowanej przez ubezpieczającego częstotliwości opłacania składki.
7. Towarzystwo powiadomi ubezpieczającego na piśmie o dokonanej zmianie częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, podając dzień, z jakim ta zmiana wchodzi w życie.
8. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w wymaganym terminie, kolejna opłacona składka zaliczona zostanie na poczet pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.
9. Przekazanie jednostek uczestnictwa na indywidualne konto jednostek uczestnictwa następuje po cenie nabycia, w terminach określonych w § 20 ust. 2.
10. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wyznaczenia innych niż określone w § 20 ust. 2 terminów, w których może nastąpić przekazanie wpłat dodatkowych na indywidualne konto jednostek uczestnictwa.
11. W przypadku opłacenia składki jednorazowej, opłata, o której mowa w § 27 ust. 4, jest pobierana z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa, począwszy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 20. TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Wszystkie kolejne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane z góry do daty, z którą stają się one wymagalne.
2. Składka ubezpieczeniowa staje się wymagalna z pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym rozpoczyna się okres, za który składka jest opłacana, zgodnie z postanowieniami § 19 ust. 2 i ust. 4.
3. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w ter-

minach, o których mowa w ust. 2, Towarzystwo wezwie na piśmie ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym terminie wskazanym w wezwaniu, podając skutki jej nieopłacenia w tym terminie.

4. Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej w okresie pierwszych 30 dni, licząc od dnia powstania zaległości w opłacie składki ubezpieczeniowej.
5. Składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na właściwy rachunek bankowy Towarzystwa.

§ 21. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK UBEZPIECZENIOWYCH

1. Nie wcześniej niż po upływie trzeciej rocznicy polisy, ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia pisemnego wniosku o zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1, zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia należnych składek ubezpieczeniowych oraz zgromadzenia wartości jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w wysokości nie niższej niż ustalonej przez Towarzystwo.
3. Zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może obejmować wyłącznie pełne okresy, zgodnie z ustaloną w umowie ubezpieczenia częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej.
4. Po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, opłata składki ubezpieczeniowej może zostać zawieszona na okres nie dłuższy niż 24 miesiące, licząc od pierwszego dnia następującego po okresie, za który została opłacona ostatnia składka ubezpieczeniowa.
5. W okresie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych Towarzystwo obejmuje ubezpieczonego pełną ochroną ubezpieczeniową oraz pobiera opłaty określone w niniejszych OWU.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć pisemny wniosek o wcześniejsze zakończenie okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych oraz jest zobowiązany do opłacenia kolejnej składki ubezpieczeniowej najpóźniej do pierwszego dnia okresu, zgodnego z częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej, przypadającego po dacie zakończenia okresu zawieszenia opłacania składek.
7. Ponowne zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może nastąpić po upływie dwóch lat, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych.
8. Zawieszenie opłacania składek ubezpieczeniowych może nastąpić co najwyżej dwukrotnie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia.
9. W trakcie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych ubezpieczającemu nie przysługuje prawo do indeksacji na zasadach określonych w § 25.
10. W trakcie zawieszenia opłacania składek ubezpieczeniowych, opłata, o której mowa w § 27 ust. 4, jest pobierana z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.

§ 22. WPŁATY DODATKOWE

1. W ramach zawartej umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonywania wpłat dodatkowych.
2. W przypadku, gdy składka ubezpieczeniowa nie została opłacona zgodnie z postanowieniami § 20 ust. 2, każda kolejna wpłata dodatkowa dokonana przez ubezpieczającego zostanie w całości lub odpowiedniej części zaliczona na poczet zaległej składki ubezpieczeniowej.
3. Wpłaty dodatkowe są przeznaczane na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych na zasadach określonych w niniejszych OWU i Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
4. Dokonanie przez ubezpieczającego wpłaty dodatkowej powinno zostać potwierdzone przez niego pisemnie na formularzu Towarzystwa wraz ze wskazaniem deklarowanych proporcji jej podziału pomiędzy poszczególne Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
5. W przypadku niewskazania proporcji, o których mowa w ust. 4, Towarzystwo uzna jako obowiązujący ostatni, zadeklarowany podział dla składki ubezpieczeniowej, z zachowaniem postanowień § 26 ust. 1.
6. Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej jest ustalana przez Towarzystwo.

§ 23. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia deklarowana jest przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, a jej wysokość może oscylować w granicach określonych w § 2 pkt. 19).

3. Ostateczna wysokość sumy ubezpieczenia ustalana jest przez Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 7 i § 9.

§ 24. ZMIANA SUMY UBEZPIECZENIA ORAZ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie lub dodatkowe podwyższenie sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej.
2. Towarzystwo rozpatrzy wnioski, o którym mowa w ust. 1, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.
3. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia w granicach pomiędzy minimalną i maksymalną sumą ubezpieczenia, o których mowa w § 2 pkt. 7) i pkt. 8), nie powoduje konieczności zmiany wysokości składki ubezpieczeniowej.
4. Możliwe jest podwyższenie sumy ubezpieczenia powyżej maksymalnej sumy ubezpieczenia, pod warunkiem podwyższenia składki ubezpieczeniowej.
5. Towarzystwo rozpatrzy wniosek o obniżenie wysokości składki ubezpieczeniowej, jeśli od daty zawarcia umowy ubezpieczenia minął okres co najmniej trzech lat, a wnioskowana wysokość składki ubezpieczeniowej nie jest niższa niż kwota określona w § 19 ust. 3.
6. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7, § 19 ust. 1, § 23 ust. 3.
7. W przypadku urodzenia dziecka ubezpieczonego lub zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego Towarzystwo może wyrazić zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia do 30% jej dotychczasowej wartości, bez konieczności poddawania się przez ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim. Tak wyliczona suma ubezpieczenia nie może przekroczyć maksymalnej granicy sumy ubezpieczenia, obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia będącego podstawą podwyższenia sumy ubezpieczenia.
8. Towarzystwo może wyrazić zgodę na podwyższenie sumy ubezpieczenia na zasadach opisanych w ust. 7, pod warunkiem otrzymania odpowiednich dokumentów, potwierdzających narodziny dziecka ubezpieczonego lub zawarcie przez ubezpieczonego związku małżeńskiego.
9. Zmiana sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej skutkuje zmianą sum ubezpieczenia z tytułu zawartych umów dodatkowych na zasadach w nich określonych.
10. Po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do minimalnej sumy ubezpieczenia.
11. Zmiana wysokości sumy ubezpieczenia lub składki ubezpieczeniowej obowiązuje od dnia wystawienia przez Towarzystwo dokumentu potwierdzającego dokonaną zmianę.

§ 25. INDEKSACJA SUMY UBEZPIECZENIA I SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

1. W każdą rocznicę polisy ubezpieczający ma prawo do podwyższenia wysokości składki ubezpieczeniowej i wynikającej z niej podwyższonej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji bez konieczności poddawania się przez ubezpieczonego dodatkowym badaniom lekarskim.
2. Towarzystwo przekazuje ubezpieczającemu pisemną propozycję nowej wysokości sumy ubezpieczenia oraz składki ubezpieczeniowej, w nieprzekraczalnym terminie 30 dni przed każdą kolejną rocznicą polisy.
3. Wskaźnik indeksacji jest ustalany przez Towarzystwo.
4. Ubezpieczający ma prawo wyboru odmiennego od proponowanego przez Towarzystwo wskaźnika indeksacji, w granicach wskazanych w ust. 3, jak również prawo do rezygnacji z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na podwyższenie sumy ubezpieczenia i składki ubezpieczeniowej na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
6. W przypadku, gdy ubezpieczający nie wyrazi zgody na indeksację, jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie 14 dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 2, w terminie tam określonym.
7. Indeksacja nie jest możliwa:
 - 1) jeżeli Towarzystwo przejęło obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, na podstawie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdol-

- ności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
- 2) jeżeli ubezpieczający nie wyraził zgody na indeksację w dwóch kolejno następujących po sobie rocznicach polisy, w których Towarzystwo zaproponowało ubezpieczającemu indeksację,
- 3) w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,
- 4) począwszy od roku polisowego, w którym ubezpieczony przekroczył wiek 65 lat,
- 5) w ostatnich 3 latach okresu opłacania składek ubezpieczeniowych.

§ 26. PODZIAŁ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ MIĘDZY UBEZPIECZENIOWE FUNDUSZE KAPITAŁOWE I KONWERSJA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Ubezpieczający wskazuje we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1, deklarowane proporcje podziału składki ubezpieczeniowej przeznaczanej na zakup jednostek uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do ustalenia nowych proporcji podziału składki ubezpieczeniowej przekazywanej na wybrane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe.
3. Zmiana, o której mowa w ust. 2, będzie dotyczyła wszystkich opłacanych składek ubezpieczeniowych, wymagalnych po jej zarejestrowaniu przez Towarzystwo.
4. Wniosek dotyczący zmiany, o której mowa w ust. 2, powinien zostać sporządzony na formularzu Towarzystwa i zostanie rozpatrzony, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.
5. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do dokonania konwersji jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, powinien zostać sporządzony na formularzu Towarzystwa i zostanie rozpatrzony, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych.

§ 27. ALOKACJA SKŁADKI

1. Składki ubezpieczeniowe i wpłaty dodatkowe przeznaczane są na nabycie jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Towarzystwo, na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, po pomniejszeniu o opłaty i koszty wskazane w ust. 2 - 4.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pobierania ze składek ubezpieczeniowych oraz wpłat dodatkowych, kosztów zawarcia umowy ubezpieczenia oraz opłat administracyjnych.
3. Koszty zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, nie mogą być wyższe niż:
 - 1) w każdym z pierwszych trzech lat od dnia jej zawarcia - 2,5% sumy zadeklarowanych składek ubezpieczeniowych należnych za cały okres umowy ubezpieczenia,
 - 2) we wszystkich latach trwania umowy ubezpieczenia - 4% wartości należnych składek ubezpieczeniowych,
 - 3) dla wpłat dodatkowych - do 6% ich wartości,
 - 4) w przypadku opłacenia składki jednorazowej - do 7% jej wartości.
4. Opłata administracyjna, o której mowa w ust. 2, nie jest pobierana w ciągu pierwszych trzech lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, natomiast w kolejnych latach nie może być wyższa niż 11,67 zł w skali miesiąca i pobierana jest z góry, zgodnie z częstotliwością opłacania składki ubezpieczeniowej.
5. W przypadku opłacania składki jednorazowej opłata administracyjna, o której mowa w ust. 2, pobierana jest co miesiąc, począwszy od pierwszego roku trwania umowy ubezpieczenia, w wysokości 11,67 zł w skali miesiąca.
6. Towarzystwo może dokonywać indeksacji opłaty administracyjnej nie częściej niż raz na 12 miesięcy i nie więcej niż o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowany przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za poprzedni rok.

§ 28. OPŁATY ZA OCHRONĘ UBEZPIECZENIOWĄ I OPŁATY MANIPULACYJNE

1. W związku z zawartą umową ubezpieczenia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do comiesięcznego pobierania:
 - 1) opłaty za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym,
 - 2) opłaty za ryzyko z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostały zawarte,
 - 3) opłaty manipulacyjnej z tytułu bieżących kosztów

administrowania indywidualnym kontem jednostek uczestnictwa w wysokości nie wyższej niż 0,025% wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.

2. Towarzystwo nie pobiera opłat manipulacyjnych z tytułu dokonania konwersji jednostek uczestnictwa pomiędzy Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi.
3. Opłaty, o których mowa w ust. 1, pobierane są w pierwszym dniu każdego miesiąca kalendarzowego, na który możliwa jest wycena indywidualnego konta jednostek uczestnictwa, poprzez umorzenie stosownej liczby jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
4. Ilość umarzanych jednostek uczestnictwa zależy od ceny umorzenia jednostek uczestnictwa oraz bieżącej wysokości pobieranych opłat w dniu ich naliczenia.
5. Jednostki uczestnictwa, określone w ust. 4, są umarzane proporcjonalnie do udziału w wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych na nim zaewidencjonowanych.
6. Opłata za ryzyko, o której mowa w ust. 1 pkt. 1), ustalana jest co miesiąc i stanowi iloczyn:
 - sumy ubezpieczenia pomniejszonej o wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa (ustaloną na podstawie wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa na pierwszy z ostatnich dwóch dni poprzedniego miesiąca kalendarzowego, na który są możliwe do ustalenia wartości jednostek uczestnictwa na nim zaewidencjonowanych), pomniejszonej o wartość należnej za bieżący miesiąc alokowanej składki ubezpieczeniowej oraz powiększonej o opłaty manipulacyjne, o których mowa w ust. 1 pkt. 3), podzielonej przez prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia ubezpieczonego i
 - miesięcznego prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego.
7. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia miesięcznego wskaźnika śmiertelności, o którym mowa w ust. 6, w przypadku stwierdzenia, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 6, zwiększonego prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego.

§ 29.

Z wszelkich wypłat dokonywanych przez Towarzystwo w innej formie niż przelew bankowy mogą być potrącane należne opłaty, zgodnie z powszechnie obowiązującymi stawkami.

§ 30. OPŁATA LIKWIDACYJNA

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pobierania opłaty likwidacyjnej przy wypłacie wartości wykupu.
2. Wysokość opłaty likwidacyjnej zależy od okresu trwania umowy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.
3. W przypadku składek ubezpieczeniowych opłacanych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości wskazanej w poniższej tabeli (Tab. 1):

TAB. 1

Rok polisowy	Opłata jako % wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa
3	50%
4	30%
5	20%
6	10%
7	9%
8	8%
9	7%
10	6%
11	5%
12	4%
13	3%
14	2%
15 i więcej	1%

4. W przypadku opłacenia składki jednorazowej, opłata likwidacyjna pobierana jest w wysokości wskazanej w poniższej tabeli (Tab. 2):

TAB. 2

Rok polisowy	Opłata jako % wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa
1	3%
2	2%
3	1%
4 i więcej	0,5%

5. W przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu, o której mowa w § 33 ust. 4, mają zastosowanie postanowienia ust. 3 i ust. 4.
6. Opłata likwidacyjna w przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu nie może być niższa od kwoty 40 zł.
7. Opłata likwidacyjna skutkuje pomniejszeniem kwoty wartości wykupu, uzyskanej po umorzeniu jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa.
8. W przypadku wypłaty wartości wykupu po zakończeniu deklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych, opłata likwidacyjna nie jest pobierana.

§ 31. OPŁATA ZA ZARZĄDZANIE ORAZ RÓŻNICA CENY NABYCIA I CENY UMORZENIA JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Towarzystwo pobiera z tytułu zarządzania Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi opłatę za zarządzanie w wysokości i na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
2. Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych zawiera wskaźnik maksymalnej różnicy pomiędzy ceną nabycia a ceną umorzenia jednostki uczestnictwa w zakresie każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.
3. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 2, naliczany jest w stosunku do wartości składki alokowanej wskazanej w § 27 ust. 1.

§ 32. REDUKCJA OPŁAT I ZWROT OPŁATY ZA ZARZĄDZANIE

1. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do czasowego obniżenia lub czasowego zaniechania pobierania opłat oraz do zwrotu opłat, o których mowa w niniejszych OWU.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zasilania indywidualnego konta jednostek uczestnictwa dodatkową liczbą jednostek uczestnictwa, równą wysokości połowy opłaty za zarządzanie, na zasadach określonych w ust. 3.
3. Operacja, o której mowa w ust. 2, może być realizowana miesięcznie po upływie 15 rocznicy polisy, pod warunkiem terminowego opłacania wszystkich dotychczasowych składek ubezpieczeniowych.

§ 33. WARTOŚĆ WYKUPU

1. Po upływie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych, ubezpieczającemu przysługuje wypłata wartości wykupu, z uwzględnieniem opłaty likwidacyjnej uzależnionej od okresu trwania umowy ubezpieczenia oraz częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej, z zastrzeżeniem postanowień § 30.
2. Wartość wykupu, o której mowa w ust. 1, jest wypłacana przez Towarzystwo w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na skutek jej wypowiedzenia oraz w przypadku, o którym mowa w § 13 ust. 2 oraz § 17 pkt. 2).
3. Od dnia otrzymania przez Towarzystwo wniosku o wypłatę wartości wykupu zaczyna swój bieg 30-dniowy okres wypowiedzenia, o którym mowa w § 16.
4. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o wypłatę częściowej wartości wykupu, z zastrzeżeniem postanowień § 30.
5. Kwota częściowej wartości wykupu nie może być wyższa niż 10% wartości indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
6. W przypadku wypłaty częściowej wartości wykupu, suma ubezpieczenia ulega obniżeniu o kwotę wnioskowanej wypłaty.
7. Ubezpieczający ma prawo do dokonania częściowej wartości wykupu nie częściej niż raz w ciągu roku polisowego.
8. Wartość, o której mowa w ust. 1 lub ust. 4, jest przekazywana na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczającego we wniosku o wypłatę wartości wykupu lub w innej formie, zgodnie z dyspozycjami przekazanymi Towarzystwu przez ubezpieczającego, w ciągu 30 dni od daty rozwiązania umowy lub

- otrzymania wniosku o wypłatę częściowej wartości wykupu.
9. Wypłata częściowej wartości wykupu może zostać dokonana przez Towarzystwo na pisemny wniosek ubezpieczającego:
 - 1) w każdym czasie - w umowie ubezpieczenia z jednorazową składką ubezpieczeniową,
 - 2) najwcześniej po dniu zakończenia drugiej rocznicy polisy, pod warunkiem opłacenia należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych - w umowie ubezpieczenia ze składką ubezpieczeniową opłacaną w okresach miesięcznych, kwartalnych, półrocznych lub rocznych.
 10. Wartość wykupu jest ustalana w oparciu o cenę umorzenia jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny, następującym po dniu rozwiązania umowy.
 11. Wypłata wartości wykupu na wniosek ubezpieczającego skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
 12. W przypadku śmierci ubezpieczającego po dacie rozwiązania umowy, lecz przed dokonaniem przez Towarzystwo należnej wypłaty wartości wykupu, jej wypłata nastąpi na rzecz spadkobierców ubezpieczającego po otrzymaniu przez Towarzystwo prawomocnego postanowienia sądu, potwierdzającego ich uprawnienia do spadku.
 13. Z kwoty wypłacanej wartości wykupu potrącana jest kwota zaległych składek ubezpieczeniowych, należnych z tytułu obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 34. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Po upływie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek ubezpieczeniowych, umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. 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 § 17 pkt. 2).
3. Minimalna wymagana wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest ustalana przez Towarzystwo.
4. Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje z dniem wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.
5. W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego mają zastosowanie odpowiednie postanowienia niniejszych OWU dotyczące opłat i kosztów.
6. W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego opłata, o której mowa w § 27 ust. 4, jest pobierana z indywidualnego konta jednostek uczestnictwa.
7. W przypadku, gdy w danym miesiącu wartość indywidualnego konta jednostek uczestnictwa obniży się poniżej wartości ustalonej przez Towarzystwo, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa pierwszego dnia tego miesiąca, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
8. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty wartości wykupu w okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego na zasadach określonych w § 33.
9. Suma ubezpieczenia w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego równa jest iloczynowi stosunku sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe do zadeklarowanej sumy wszystkich składek ubezpieczeniowych, należnych w trakcie trwania umowy oraz sumy dotychczas opłaconych składek.
10. Ochrona ubezpieczeniowa przysługująca z tytułu zawartych umów dodatkowych nie wygasa w trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego, chyba że treść ogólnych warunków ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowę dodatkowe, stanowi inaczej.
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.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 7, § 19 ust. 1, § 23 ust. 3.
13. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczający może dokonywać wpłat dodatkowych na zasadach określonych w § 22, z wyłączeniem ust. 2 § 22.

§ 35. UPRAWNIENI

1. Ubezpieczony ma prawo do imiennego wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przynajmniej jednego upo-

- sażonego oraz ustalić jego procentowy udział w świadczeniu.
2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym momencie jej trwania.
3. Jeżeli ubezpieczony wskazał kilku uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego.
5. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu uposażonego zawierające datę oraz podpis ubezpieczonego wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.
6. Jeżeli jeden z kilku uposażonych zmarł lub został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, jego udział w wypłacanym świadczeniu przechodzi na pozostałych uposażonych proporcjonalnie do posiadanych przez nich udziałów.
7. Jeżeli uposażony umyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci, świadczenie wypłacane jest według zasady określonej w ust. 6, z wyłączeniem danego uposażonego.
8. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego w kolejności i w częściach, w jakich dziedziczyliby jako spadkobiercy ustawowi.
9. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 8, świadczenie wypłacane jest tym osobom, które pokryły koszty pogrzebu ubezpieczonego, do wysokości udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia.

§ 36. USTALANIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ PRZEZ TOWARZYSTWO

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego na formularzu Towarzystwa.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) skrócony odpis aktu zgonu,
 - 2) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub inny uprawniony podmiot,
 - 3) dokument potwierdzający okoliczności śmierci ubezpieczonego,
 - 4) dokument potwierdzający zaistnienie i przebieg nieszczęśliwego wypadku,
 - 5) kserokopię dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia,
 - 6) numer rachunku bankowego osoby uprawnionej, na który ma zostać przekazane świadczenie,
 - 7) inne żądane przez Towarzystwo dokumenty, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa.
4. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej, akt zgonu oraz inne dokumenty powinny być potwierdzone przez polską placówkę dyplomatyczną i przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
5. Prawo do domagania się dodatkowych dokumentów, uzasadniających wypłatę świadczenia oraz prawo do ustalenia okoliczności zdarzenia przysługuje Towarzystwu również po wypłacie świadczenia.

§ 37.

1. W terminie 7 dni od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, Towarzystwo informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie, którego celem jest ustalenie stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia.

3. Towarzystwo wypłaca świadczenie najpóźniej w terminie 20 dni od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia wraz z wymaganymi dokumentami.
4. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsprzecznie część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje osobę uprawnioną o przysługującym jej trybie dochodzenia roszczeń.
6. Towarzystwo ma obowiązek udostępnić osobom, o których mowa w ust. 1, informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności Towarzystwa i wysokości świadczenia, za wyjątkiem przypadków, gdy naruszałoby to obowiązujące przepisy prawa, w szczególności w zakresie ochrony danych osobowych.

§ 38.

Z kwoty wypłacanego świadczenia potrącana jest kwota zaległych składek ubezpieczeniowych, należnych z tytułu obejmowania ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.

§ 39. OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają strony, powinny być dokonywane na piśmie pod rygorem nieważności, na ostatni znany adres, za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym.
2. Każdy wniosek dotyczący umowy ubezpieczenia zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku, chyba że treść niniejszych OWU stanowi inaczej.
3. Jeżeli wniosek, o którym mowa w ust. 2, jest niekompletny lub wypełniony nieprawidłowo, Towarzystwo wyznaczy osobie składającej wniosek dodatkowy termin na uzupełnienie wniosku lub dostarczenie niezbędnych dokumentów.
4. Jeżeli osoba składająca wniosek nie uzupełni wniosku lub nie dostarczy wymaganych dokumentów w wyznaczonym terminie, jej wniosek uznaje się za bezskuteczny, m.in. uznawać się będzie, że osoba uprawniona nie zgłosiła Towarzystwu roszczenia o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia, jak też nie zgłosiła zdarzenia objętego umową ubezpieczenia.
5. Jeżeli ubezpieczający, ubezpieczony albo uposażony zmienił adres zamieszkania lub siedzibę i nie powiadomił o tym Towarzystwa, przyjmuje się, że Towarzystwo wypełniło swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia, wysyłając pismo pod ostatni wskazany adres. Strony uznają, że w takim wypadku pismo wywiera skutki prawne po upływie 30 dni od dnia jego wysłania, choćby nie dotarło do adresata.

§ 40. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie załączniki i aneksy sporządzone do umowy ubezpieczenia oraz polisa stanowią jej integralną część.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. Skargi na działania Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej do Zarządu Towarzystwa.
4. Skarga powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
5. Spory sądowe wynikające z umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, rozstrzygane są według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty kwot z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych OWU, podlegają stosownym przepisom regulującym opodatkowanie osób fizycznych i osób prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat.
7. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU lub postanowieniach umowy mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1151, z późniejszymi zmianami).

8. Niniejsze OWU, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do zawartych Umów Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” oraz złożonych wniosków, o których mowa w § 6 ust. 1, począwszy od dnia 30.11.2004 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU I WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (INK 1)

§ 1.

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego (INK 1) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej HDI-Gerling Życie lub Towarzystwem.

§ 2.

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w wyniku którego ubezpieczony zmarł przed upływem 180 dni od dnia nastąpienia tego zdarzenia i zdarzenie to stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu (wylewu),
- 3) **wypadek komunikacyjny** – nieszczęśliwy wypadek wywołany ruchem mechanicznych pojazdów lądowych (z wyłączeniem pojazdów jednośladowych), statków albo statków powietrznych, zaistniały w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w następstwie którego ubezpieczony zmarł przed upływem 180 dni od dnia nastąpienia tego zdarzenia i zdarzenie to stanowiło bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego,
- 4) **mechaniczny pojazd lądowy** – samochód osobowy, samochód ciężarowy, autobus, pociąg, tramwaj, trolejbus lub inny pojazd, jeżeli spełnia warunki techniczne obowiązujące dla pojazdów danego rodzaju dopuszczonych do ruchu drogowego, z wyłączeniem pojazdów stosowanych do celów specjalnych,
- 5) **statek** – statek lub prom dopuszczony w myśl właściwych przepisów do wykonywania drogą wodną przewozów wycieczkowych, transportowych, a także regularnych połączeń komunikacyjnych,
- 6) **statek powietrzny** – samolot lub śmigłowiec realizujący połączenia lotnicze, należący do przewoźników zrzeszonych w IATA (Międzynarodowe Zrzeszenie Przewoźników Powietrznych).

§ 3.

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych, z zachowaniem postanowień § 7 OWU.

§ 4.

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia.

2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

§ 5.

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest życie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje:
 - 1) śmierć ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) śmierć ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.

§ 6.

Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 23 OWU, w przypadku określonym w § 5 ust. 2 pkt. 1) oraz dodatkowo 50% sumy ubezpieczenia wskazanej w umowie ubezpieczenia, o której mowa w § 23 OWU, w przypadku określonym w § 5 ust. 2 pkt. 2), niezależnie od świadczeń wypłacanych z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1) i innych umów ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 3 ust. 2 OWU.

§ 7.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8.

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 9.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli nieszczęśliwy wypadek lub wypadek komunikacyjny będący przyczyną śmierci ubezpieczonego był wynikiem:

- 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
- 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,

- 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
- 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
- 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku albo wypadku komunikacyjnego, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 10.

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest osoba uprawniona do świadczenia zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.

§ 11.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku lub wypadku komunikacyjnego, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony, a także wszelkie inne dokumenty potwierdzające przyczynę i okoliczności śmierci ubezpieczonego.

§ 12.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1),
- 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1).

§ 13.

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 14.

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU1)

§ 1.

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 1) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej HDI-Gerling Życie lub Towarzystwem.

§ 2.

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, w wyniku którego ubezpieczony doznał trwałego uszczerbku na zdrowiu; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu (wylewu),
- 3) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – nieodwracalne, według wiedzy medycznej, upośledzenie funkcji organizmu ubezpieczonego.

§ 3.

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.

§ 4.

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

§ 5.

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

§ 6.

1. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia sumy ubezpieczenia, za każdy procent uznanego przez Towarzystwo trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie będzie niższy niż 7%.
2. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) zdarzenie będące przyczyną wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego nastąpiło w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa względem ubezpieczonego, przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach,
 - 2) do trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego doszło przed upływem 180 dni od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku i wypadek ten stanowił wyłączną i bezpośrednią przyczynę trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 7.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8.

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.

§ 9.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego był wynikiem:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych, choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 10) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli ubezpieczony zmarł w okresie do 180 dni od dnia nieszczęśliwego wypadku, na skutek którego wystąpił u ubezpieczonego trwały uszczerbek na zdrowiu, to świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, nie przysługuje. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, wypłacone na podstawie umowy, o której mowa w § 2 pkt. 1), będzie pomniejszone o świadczenie wypłacone z umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.
3. W przypadku, gdy trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego powstał w obrębie narządu lub organu, którego funkcje przed dniem nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, stopień trwałego uszczerbku, jakiego doznał ubezpieczony, ustalany jest jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu lub organu przed i po nieszczęśliwym wypadku.

§ 10.

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony lub w przypadku śmierci ubezpieczonego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.

§ 11.

1. W razie wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, ubezpieczony powinien starać się o złagodzenie jego skutków, między innymi poprzez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu przez lekarzy лечению.
2. Ubezpieczony ma obowiązek przekazać Towarzystwu informacje o okolicznościach wystąpienia nieszczęśliwego wypadku, w tym także dokumentację medyczną od lekarzy sprawujących opiekę nad ubezpieczonym.
3. Jeżeli nie dopełniono obowiązków określonych w ust. 1 lub ust. 2, co miało wpływ na ustalenie okoliczności nieszczęśliwego wypadku lub wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć jego wysokość.

§ 12.

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego HDI-Gerling Życie wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
2. Do wniosku należy dołączyć:
 - 1) dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie trwałego uszczerbku,
 - 2) raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
 - 3) zaświadczenie o zakończeniu leczenia wystawione przez lekarza prowadzącego,
 - 4) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo.
3. O wystąpieniu i stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. HDI-Gerling Życie może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzone zostaną w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.
4. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu stwierdza się nie później niż po zakończeniu leczenia, z uwzględnieniem zaleconego przez lekarza leczenia powypadkowego (nie wcześniej jednak niż po upływie 2 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia – w przypadku obrażeń chirurgicznych, oraz 5 miesięcy od dnia zajścia zdarzenia - w przypadku obrażeń neurologicznych), najpóźniej jednak w 24 miesiące od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

§ 13.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1),
 - 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1).
2. Łączna suma stopni orzeczonych trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w trakcie trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, nie może przekroczyć 100%.
 3. W przypadku, gdy łączna suma stopni orzeczonych trwałych uszczerbków na zdrowiu ubezpieczonego, o których mowa w ust. 2, przekroczy 100%, odpowiedzialność Towarzystwa jest ograniczona do 100% sumy ubezpieczenia, a odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszej umowy wygasa.
 4. Wysokość świadczenia za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekroczyć 1200 zł.

§ 14.

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 15.

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA (IPZ 1)

§ 1.

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania (IPZ 1) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej HDI-Gerling Życie lub Towarzystwem.

§ 2.

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) OWU - Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) poważne zachorowanie - zdarzenie określone w § 6 ust. 1 niniejszych Ogólnych Warunków,
- 3) dzień zajścia zdarzenia - początkowy dzień kalendarzowy wystąpienia poważnego zachorowania lub dzień postawienia przez lekarza specjalistę diagnozy potwierdzającej zgodność odpowiedniej jednostki chorobowej z definicją przyjętą przez Towarzystwo, o ile nie można ustalić początkowego dnia wystąpienia poważnego zachorowania; data przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego [poważne zachorowania określone w § 6 ust. 1 pkt. 2) i pkt. 6)].

§ 3.

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.

§ 4.

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.

§ 5.

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania określonego w § 6.

§ 6.

1. Umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych

Ogólnych Warunków, objęte jest wystąpienie u ubezpieczonego następujących poważnych zachorowań, z zastrzeżeniem ust. 2:

- 1) zawał serca – martwica części mięśnia sercowego spowodowana nagłym zmniejszeniem dopływu krwi do tej części mięśnia sercowego; rozpoznanie musi być udokumentowane przez:
 - a) typowy ból w klatce piersiowej,
 - b) nowe charakterystyczne dla zawału serca zmiany w EKG,
 - c) podwyższony poziom specyficznych enzymów sercowych, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.

Ubezpieczeniem nie są objęte:

- a) zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) z podwyższonym poziomem Troponiny I lub Troponiny T,
 - b) inne postacie niewydolności wieńcowej.
- 2) chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych (by pass) – zabieg kardiochirurgiczny przeprowadzony na otwartym sercu, polegający na wszczępieniu pomostów naczyniowych w celu korekty zwężenia lub zamknięcia dwóch lub więcej tętnic wieńcowych; operacja musi zostać potwierdzona angiografią.

Ubezpieczeniem nie są objęte wszelkie inne zabiegi udrażniania tętnic wieńcowych: angioplastyka, aterektomia, techniki laserowe i inne techniki nieoperacyjne.

- 3) nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się obecnością złośliwego guza, niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, naciekaniem tkanek i tworzeniem odległych przerzutów. Pojęciem nowotworu złośliwego określa się również białaczkę oraz złośliwe schorzenia układu limfatycznego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina) i chłoniaki niezłośliwe.

Rozpoznanie nowotworu złośliwego powinno być udokumentowane badaniem histopatologicznym potwierdzonym przez specjalistę histopatologa.

Ubezpieczeniem nie są objęte:

- a) rak podstawnomórkowy, rak płaskokomórkowy oraz czerniak złośliwy w stadium IA (T1a N0 M0),
 - b) wszystkie nowotwory, jeśli przy badaniu histopatologicznym stwierdzono stan przednowotworowy, przedinwazyjny lub nieinwazyjny in situ,
 - c) każdy rak szyjki macicy w stopniu CIN,
 - d) choroba Hodgkina w pierwszym stadium,
 - e) nowotwory będące objawem choroby AIDS lub zakażenia wirusem HIV,
 - f) rak gruczołu krokowego w stopniu 1 (T1a, 1b, 1c).
- 4) udar mózgu – nagły incydent naczyniowo-mózgowy (zawał, zator, krwotok) powodujący trwałe uszkodzenie mózgu, skutkujące wystąpieniem trwałych deficytów neurologicznych, trwających nie krócej niż 24 godziny, udokumentowany badaniem lekarskim oraz tomografią komputerową lub rezonansem magnetycznym potwierdzającymi istnienie neurologicznych objawów ubytkowych przez okres dłuższy niż 3 miesiące.

Ubezpieczeniem nie są objęte:

- a) epizody przejściowego niedokrwienia ośrodkowego układu nerwowego (TIA),
 - b) uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego na skutek urazu,
 - c) objawy neurologiczne spowodowane migreną.
- 5) niewydolność nerek – końcowe stadium niewydolności nerek w postaci nieodwracalnego upośledzenia czynności obydwu nerek, w następstwie czego powstała konieczność regularnego, stałego stosowania dializ lub przeprowadzenia operacji przeszczepienia nerki.
 - 6) transplantacja organów – zabieg polegający na przeszczepieniu ubezpieczonemu jako biorcy jednego lub kilku z następujących narządów lub tkanek: serca, płuca, wątroby, trzustki, nerki, szpiku kostnego.

2. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty świadczenia w wysokości:

- 1) sumy ubezpieczenia o równowartości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1), jednak nie więcej niż 9000 zł w przypadku zajścia pierwszego poważnego zachorowania,
- 2) sumy ubezpieczenia o równowartości 15% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy wskazanej w § 2 pkt. 1), jednak nie więcej niż 4500 zł w przypadku zajścia drugiego poważnego zachorowania.

§ 7.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogól-

nych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.

2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się począwszy od 91 dnia, licząc od dnia zawarcia niniejszej umowy.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:
 - 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1),
 - 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1).
4. Z dniem wystąpienia u ubezpieczonego któregośkolwiek z poważnych zachorowań określonych w § 6, odpowiedzialność Towarzystwa wygasa w zakresie wystąpienia kolejnego takiego poważnego zachorowania, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego:
 - 1) zawału serca, udaru mózgu, konieczności przeprowadzenia chirurgicznego leczenia choroby naczyń wieńcowych (by pass) oraz w przypadku transplantacji serca spowodowanej chorobą wieńcową, zostanie wypłacone świadczenie wyłącznie z tytułu wystąpienia tylko jednego z wymienionych poważnych zachorowań,
 - 2) przeszczepu szpiku kostnego po przebytej terapii nowotworowej, zostanie wypłacone świadczenie tylko z tytułu wystąpienia nowotworu złośliwego.
6. Jeżeli ubezpieczony zmarł na skutek poważnego zachorowania przed upływem 30 dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu umowy dodatkowej, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, nie przysługuje. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, wypłacone na podstawie umowy, o której mowa w § 2 pkt. 1), będzie pomniejszone o świadczenie z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 8.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach w przypadku poważnych zachorowań, które:
 - 1) wystąpiły [lub zostały zdiagnozowane przez lekarza specjalistę wg definicji określonej w § 2 pkt. 3)] u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki,
 - 2) są następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły [lub zostały zdiagnozowane przez lekarza specjalistę wg definicji określonej w § 2 pkt. 3)] u ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie ubezpieczonego było wynikiem:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wycynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub wycynowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego

pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 10) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 11) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 9.

- Oplata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
- Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, stanowi iloczyn wartości 30% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy określonej w § 2 pkt. 1) oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawnień sportów oraz hobby.

§ 10.

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony lub w przypadku śmierci ubezpieczonego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.

§ 11.

- Świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania HDI-Gerling Życie wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
- Do wniosku należy dołączyć:
 - dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania,
 - karty informacyjne leczenia szpitalnego z potwierdzeniem rozpoznania choroby,
 - karty leczenia ambulatoryjnego i wyniki badań,
 - opinię lekarza prowadzącego,
 - inne dokumenty żądane przez Towarzystwo.
- O wystąpieniu poważnego zachorowania Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. HDI-Gerling Życie może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.

§ 12.

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 13.

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK UTRATY ZDOLNOŚCI DO OPŁACANIA SKŁADEK PRZEZ UBEZPIECZAJĄCEGO NA SKUTEK TRWAŁEGO CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA (IOS 1)

§ 1.

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa (IOS 1) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej HDI-Gerling Życie lub Towarzystwem.

§ 2.

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- OWU - Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- trwałe całkowite inwalidztwo - będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku lub choroby rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub zmysłu ubezpieczonego, które uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie jakiegokolwiek pracy w dowolnym zawodzie lub podejmowanie jakiegokolwiek działalności zarobkowej lub przynoszącej dochód, nieprzerwanie przez okres co najmniej kolejnych 6 miesięcy od daty powstania trwałego całkowitego inwalidztwa, o ile według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy lub jakiegokolwiek działalności zarobkowej.

§ 3.

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
- Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1).

§ 4.

- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta wyłącznie przez ubezpieczającego, będącego jednocześnie osobą ubezpieczoną, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, z zachowaniem postanowień ust. 1, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
- Umowa dodatkowego ubezpieczenia nie może zostać zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków w przypadku opłacenia składki jednorazowej, o której mowa w § 19 ust. 2 OWU.

§ 5.

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w umowie ubezpieczenia i obejmuje trwałe całkowite inwalidztwo ubezpieczonego.

§ 6.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, polega na przejęciu za ubezpieczającego obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2 i ust. 3.
2. Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, o którym mowa w ust. 1, po upływie 6 miesięcy od daty powstania trwałego całkowitego inwalidztwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych do dnia powstania ww. obowiązku.
3. Z zachowaniem postanowień ust. 2, Towarzystwo przejmie za ubezpieczającego obowiązek opłacania składek ubezpieczeniowych, począwszy od daty wymagalności pierwszej składki ubezpieczeniowej z tytułu umowy określonej w § 2 pkt. 1), w czasie trwania trwałego całkowitego inwalidztwa, jednak nie dłużej niż do końca zadeklarowanego w niej okresu opłacania składek ubezpieczeniowych.

§ 7.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie.

§ 8.

1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest wyliczana jako iloczyn aktuarialnej bieżącej wartości brutto sumy składek należnych do końca okresu opłacania składek ubezpieczeniowych oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
3. W okresie realizacji świadczenia z tytułu utraty zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa opłata, o której mowa w ust. 1, nie jest pobierana.

§ 9.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności, przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli utrata zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa była wynikiem:
 - 1) zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, w szczególności takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyciągi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 4) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 5) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 7) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o cha-

- 9) rakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych, prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych, choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
- 10) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za utratę zdolności do opłacania składek przez ubezpieczającego na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa powstałego przed objęciem ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową.
3. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie, w którego następstwie ubezpieczony utracił zdolność do opłacania składek na skutek trwałego całkowitego inwalidztwa, nastąpiło przed datą objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki.

§ 10.

Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony.

§ 11.

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, stosuje się odpowiednio przepisy OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć:
 - 1) zwolnienia lekarskie potwierdzające nieprzerwaną, co najmniej 6-miesięczną niezdolność ubezpieczonego do wykonywania jakiejkolwiek pracy lub działalności przynoszącej dochód,
 - 2) dokumentację medyczną leczenia, w szczególności kartę informacyjną pobytu w szpitalu, o ile nastąpił pobyt w szpitalu,
 - 3) orzeczenie podmiotu uprawnionego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o wystąpieniu trwałej niezdolności do pracy, potwierdzające niezdolność do pracy ubezpieczonego,
 - 4) ewentualną decyzję o przyznaniu lub odmowie przyznania renty z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
 - 5) raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
 - 6) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo.
3. O wystąpieniu i postaci niezdolności do pracy ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. HDI-Gerling Życie może uzależnić wypłatę świadczenia od wyników badań lub obserwacji klinicznej, przeprowadzonych przez wskazanych przez Towarzystwo lekarzy lub zakłady opieki zdrowotnej. Badania te przeprowadzane będą w zakresie określonym przez Towarzystwo, na jego koszt.
4. W okresie przejęcia obowiązku opłacania składek ubezpieczeniowych Towarzystwo, na swój koszt, ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie w celu ustalenia aktualnego stanu jego zdrowia.

§ 12.

Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1),
- 2) z dniem przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, zgodnie ze stosownymi postanowieniami OWU,
- 3) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składek ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1).

§ 13.

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

- § 14. Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 1)

§ 1.

Ogólne Warunki Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (IPS 1) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 2 Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT” (OWU), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej HDI-Gerling Życie lub Towarzystwem.

§ 2.

W niniejszych Ogólnych Warunkach, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- 1) **OWU** – Ogólne Warunki Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MULTIASPEKT”, na podstawie których ubezpieczający zawarł umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie z Towarzystwem,
- 2) **szpital** – zakład opieki zdrowotnej prowadzący zgodnie z odpowiednimi przepisami prawnymi działalność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którego zadaniem jest leczenie pacjentów z jednoczesnym zapewnieniem całodobowej opieki nad chorymi w pomieszczeniach specjalnie przystosowanych do tego celu, posiadający odpowiednie zaplecze do prowadzenia leczenia, zabiegów chirurgicznych, zatrudniający zawodowy i wykwalifikowany personel medyczny; za szpital w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków nie uważa się: sanatorium, hospicjum, uzdrowiska, szpitala uzdrowskiego, ośrodków leczenia odwykowego, ośrodków rehabilitacyjnych,
- 3) **pobyt w szpitalu** – udokumentowany w sposób określony w niniejszych Ogólnych Warunkach pobyt ubezpieczonego w szpitalu, służący zachowaniu, przywróceniu lub poprawie jego zdrowia, trwający nieprzerwanie przez co najmniej 7 pełnych dni.
- 4) **pełny dzień** – każdy rozpoczęty i nieprzerwany dzień pobytu w szpitalu, jeśli ubezpieczony był pacjentem szpitala o godzinie 24.00 w tym dniu,
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, zaistniałe w okresie obejmowania ubezpieczonego odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wywołane przyczyną zewnętrzną, niezależną od woli ubezpieczonego, w następstwie którego wystąpił pobyt ubezpieczonego w szpitalu, na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach,
- 6) **choroba** – stan organizmu polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący konieczność pobytu w szpitalu,
- 7) **zasilek szpitalny** – wyrażone w złotych polskich świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo ubezpieczonemu z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu pkt. 3) powyżej.

§ 3.

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków może zostać zawarta umowa dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę, zgodnie z § 2 pkt. 1).
2. Ubezpieczający może zgłosić wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy określonej w § 2 pkt. 1), jak również w każdym czasie trwania tej umowy ubezpieczenia.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2, składany jest na formularzu Towarzystwa, pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego należnych składek ubezpieczeniowych z zachowaniem postanowień § 7 OWU.

§ 4.

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 18 rok życia.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku

- o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 6 OWU, ukończył 16 rok życia i nie ukończył 55 roku życia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana jest automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy dodatkowego ubezpieczenia w okresie 30 dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej.
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niniejszych Ogólnych Warunków wygasa z ostatnim dniem roku polisowego, w którym ubezpieczony osiągnął wiek 60 lat.
 5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia, zawarta na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa w przypadku wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczeń z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Utraty Zdolności do Opłacania Składek przez Ubezpieczającego na Skutek Trwałego Całkowitego Inwalidztwa,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
- § 5.**
1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, jest zdrowie ubezpieczonego.
 2. Zakres ubezpieczenia obejmuje pobyt ubezpieczonego w szpitalu, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.
- § 6.**
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych Ogólnych Warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty ubezpieczonemu zasiłku szpitalnego określonego w § 2 pkt. 7), w przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, na warunkach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach.
- § 7.**
1. Odpowiedzialność Towarzystwa względem ubezpieczonego jest ograniczona w skali każdego kolejnych 12 miesięcy od dnia objęcia ubezpieczonego umową dodatkowego ubezpieczenia, zawartą w oparciu o niniejsze Ogólne Warunki, do dnia wypłaty świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu przez okres maksymalnie 30 dni.
 2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie, z zastrzeżeniem treści ust. 3.
 3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten trwał w dniu objęcia ubezpieczonego umową ubezpieczenia, zawartą na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków.
- § 8.**
1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych Ogólnych Warunkach, jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu był wynikiem:
 - 1) choroby - jeżeli zaistniała ona przed objęciem ubezpieczonego umową lub w okresie do 30 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, natomiast w przypadku zawarcia umowy dodatkowej w trakcie trwania umowy wskazanej w § 2 pkt. 1), okres o którym mowa powyżej, wynosi 90 dni,
 - 2) porodu z wyłączeniem porodu spowodowanego zdiagnozowaną ciążą wysokiego ryzyka, porodem o przebiegu patologicznym, komplikacjami położu stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia kobiety lub usuwaniem ciąży, zdarzeń określonych w § 13 ust. 1 OWU,
 - 3) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 5) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 6) działania ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 7) spożywania przez ubezpieczonego alkoholu lub przyjmowania środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, bądź działania ubezpieczonego po spożyciu alkoholu, przyjęciu tych lub podobnych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 9) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 10) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 11) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 - 12) choroby AIDS ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
 - 13) stanu zdrowia ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Towarzystwo nie wypłaca świadczenia z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten miał na celu:
 - 1) przeprowadzenie leczenia lub zabiegów stomatologicznych, poza przypadkami, gdy są one następstwem wypadku, w którym ubezpieczony doznał także innych obrażeń ciała,
 - 2) leczenie nerwic, depresji, uzależnień od alkoholu lub środków odurzających,
 - 3) przeprowadzenie operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków, gdy mają one na celu usunięcie następstw wypadku, któremu uległ ubezpieczony.
- § 9.**
1. Wysokość zasiłku szpitalnego wypłacanego przez Towarzystwo za jeden dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu ustalana jest w umowie ubezpieczenia.
 2. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był następstwami nieszczęśliwego wypadku, jakiemu uległ ubezpieczony, zasiłek szpitalny przysługuje od pierwszego pełnego dnia pobytu w szpitalu.
 3. Maksymalna wysokość świadczenia za 1 dzień pobytu w szpitalu wskazana jest w umowie ubezpieczenia i nie może przekraczać 120 zł.
- § 10.**
1. Opłata za ryzyko z tytułu umowy Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, pobierana jest jednocześnie z opłatą wskazaną w § 28 ust. 1 pkt. 1) OWU.
 2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu niniejszej umowy oraz współczynnika ryzyka zależnego od określonego w umowie ubezpieczenia zakresu ubezpieczenia (zgodnie z § 5 ust. 2), stanu zdrowia ubezpieczonego, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
- § 11.**
- Uprawnionym do otrzymania świadczenia, należnego zgodnie z postanowieniami niniejszych Ogólnych Warunków, jest ubezpieczony lub w przypadku śmierci ubezpieczonego, osoba uprawniona do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami OWU.
- § 12.**
1. Świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego w szpitalu, HDI-Gerling Życie wypłaca na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu Towarzystwa.
 2. Do wniosku, o którym mowa w ust. 1, należy dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego z potwierdzeniem rozpoznania choroby,
 - 2) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem - raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
 - 3) inne dokumenty żądane przez Towarzystwo.
- § 13.**
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, wygasa:

- 1) najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 2 pkt. 1),
- 2) po zakończeniu zadeklarowanego okresu opłacania składki ubezpieczeniowych w umowie określonej w § 2 pkt. 1),
- 3) po łącznej wypłacie przez Towarzystwo zasiłku szpitalnego za 180 dni pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 14.

Do umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawieranych na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia OWU, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych Ogólnych Warunków.

§ 15.

Niniejsze Ogólne Warunki, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 122/2004 Zarządu Towarzystwa z dnia 30.11.2004 r., wchodzi w życie z dniem 30.11.2004 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

ANEKS NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT”

dalej „OWU”

§ 1.

Zmianie ulega treść pkt. 18 § 2 OWU, który otrzymuje brzmienie:
„składka ubezpieczeniowa – kwota, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości i w terminach określonych w umowie ubezpieczenia, która to kwota nie obejmuje kwoty składki określonych w § 28 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków,”

§ 2.

§ 5 ust. 3 OWU otrzymuje następujące brzmienie:
„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 i podanie nieprawdy. W takiej sytuacji Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia lub zmniejszyć wysokość świadczenia 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 choroba Ubezpieczonego. W przypadku określonym w zdaniu pierwszym Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu na zasadach określonych w § 33.”

§ 3.

W § 9 OWU na końcu dodaje się:

- 1) ust. 8 o następującej treści:
„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, jak i przez Ubezpieczającego do wiadomości Towarzystwa, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach są kompletne i odpowiadają prawdzie.”
- 2) ust. 9 o następującej treści:
„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.”

§ 4.

Zmianie ulega § 16 OWU w ten sposób, że:

- 1) wykreśla się dotychczasowy ust. 3,
- 2) dodaje się nowy ust. 3 o treści:
„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 7 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu propozycji zmian.”

§ 5.

W § 19 OWU na końcu dodaje się ust. 12 w brzmieniu:
„W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu składkę za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym i/lub dodatkowym za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. W/w kwotę zwraca się Ubezpieczającemu w nominalnej wysokości.”

§ 6.

1. Zmienia się § 28 OWU, w ten sposób, że:
 - a) zmianie ulega brzmienie pkt. 1 ust. 1 na następujące:
„składki za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym,”;
 - b) zmianie ulega brzmienie pkt. 2 ust. 1 na następujące:
„składki za ryzyko z tytułu umów dodatkowych, o ile takie umowy zostały zawarte,”;

- c) w ust. 3 zamiast słowa: „Opłaty” wpisuje się słowa: „Składki i opłaty”;
 - d) w ust. 4 zamiast słowa: „opłat” wpisuje się słowa: „składki i opłat”;
 - e) w ust. 6 zamiast słów: „Opłata za ryzyko” wpisuje się słowa: „Składka za ryzyko”.
2. W każdym innym przypadku, gdy w niniejszych ogólnych warunkach i warunkach wydanych na podstawie § 3 ust. 2 ogólnych warunków jest mowa o „opłatach za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym” i „opłatach za ryzyko z tytułu umów dodatkowych” przez te opłaty rozumieć się będzie odpowiednio „składki za ryzyko z tytułu objęcia ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym” i „składki za ryzyko z tytułu umów dodatkowych”.

§ 7.

§ 35 OWU otrzymuje brzmienie:

1. Ubezpieczający ma prawo do imiennego wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przynajmniej jednego uposażonego oraz ustalenia procentowego udziału uposażonych w świadczeniu. 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.
2. Wskazanie uposażonego może nastąpić zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym momencie jej trwania, z zastrzeżeniem ust. 1.
3. Jeżeli ubezpieczający wskazał kilku uposażonych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia, uważa się, że ich udziały są równe.
4. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego, z zastrzeżeniem treści ust. 1.
5. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu uposażonego zawierające datę oraz podpis ubezpieczającego oraz ubezpieczonego wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.
6. Jeżeli jeden z kilku uposażonych zmarł lub został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, jego udział w wypłacanym świadczeniu przechodzi na pozostałych uposażonych proporcjonalnie do posiadanych przez nich udziałów.
7. Jeżeli uposażony umyślnie spowodował śmierć ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci, świadczenie wypłacane jest według zasady określonej w ust. 6, z wyłączeniem danego uposażonego.
8. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego w kolejności i w częściach, w jakich dziedziczyliby jako spadkobiercy ustawowi.
9. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 8, świadczenie wypłacane jest tym osobom, które pokryły koszty pogrzebu ubezpieczonego, do wysokości udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia.”

§ 8.

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Multiaspekt” pozostają bez zmian.

§ 9.

Niniejszy Aneks stanowiący integralną część OWU został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa Uchwałą nr 140/2007 z dnia 07.08.2007 i wchodzi w życie z dniem 07.08.2007 i stosować się będzie do umów ubezpieczenia zawartych począwszy od 10 sierpnia 2007 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

ANEKS NR 2 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MULTIASPEKT” dalej „OWU”

§ 1.

Zmianie ulega § 27 OWU w ten sposób, że:

- 1) zdanie pierwsze w ust. 3 otrzymuje brzmienie: „Koszty zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2 wynoszą.”;
- 2) w ust. 4 wykreśla się słowa: „nie mogą być wyższe niż” i w ich miejsce wpisuje się „wynoszą”.

§ 2.

Zmienia się § 28 OWU w ten sposób, że:

- 1) w ust. 1 pkt. 3) wykreśla się słowa: „nie wyższej niż”,
- 2) w ust. 6 na końcu dodaje się:
„Prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia ubezpieczonego jest równe dopełnieniu miesięcznego prawdopodobieństwa śmierci ubezpieczonego (miesięczny wskaźnik śmiertelności) do 1 (1 minus miesięczne prawdopodobieństwo śmierci ubezpieczonego) (miesięczny wskaźnik śmiertelności ubezpieczonego). Miesięczne prawdopodobieństwo śmierci ubezpieczonego lub miesięczny wskaźnik śmiertelności w danym roku trwania umowy jest równy rocznemu prawdopodobieństwu śmierci ubezpieczonego w danym roku podzielonemu przez dwanaście.”
- 3) dodaje się ust. 7 o poniższej treści, a dotychczasowy ust. 7 otrzymuje oznaczenie „8”:
„Roczne prawdopodobieństwo śmierci ubezpieczonego zależne od wieku i płci ubezpieczonego zostało podane w poniższej tabeli:

ROZCZNE PRAWDOPODOBIEŃSTWO ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO		
Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	0,00052	0,00028
17	0,00074	0,00031
18	0,00095	0,00032
19	0,00108	0,00030
20	0,00110	0,00029
21	0,00111	0,00027
22	0,00114	0,00028
23	0,00120	0,00030
24	0,00126	0,00030
25	0,00129	0,00030
26	0,00130	0,00029
27	0,00130	0,00031
28	0,00134	0,00034
29	0,00140	0,00038
30	0,00149	0,00041
31	0,00160	0,00045
32	0,00173	0,00050
33	0,00186	0,00056
34	0,00201	0,00062
35	0,00217	0,00069
36	0,00235	0,00077
37	0,00257	0,00084
38	0,00282	0,00093
39	0,00313	0,00102
40	0,00349	0,00114

41	0,00390	0,00130
42	0,00435	0,00148
43	0,00484	0,00168
44	0,00536	0,00189
45	0,00591	0,00212
46	0,00649	0,00236
47	0,00711	0,00261
48	0,00779	0,00290
49	0,00852	0,00321
50	0,00930	0,00354
51	0,01014	0,00389
52	0,01100	0,00426
53	0,01190	0,00465
54	0,01281	0,00504
55	0,01378	0,00544
56	0,01481	0,00583
57	0,01594	0,00622
58	0,01720	0,00662
59	0,01861	0,00704
60	0,02018	0,00753
61	0,02189	0,00811
62	0,02370	0,00881
63	0,02562	0,00964
64	0,02760	0,01060
65	0,02967	0,01170
66	0,03186	0,01293
67	0,03422	0,01432
68	0,03682	0,01591
69	0,03971	0,01771
70	0,04288	0,01975
71	0,04637	0,02211
72	0,05013	0,02478
73	0,05411	0,02781
74	0,05831	0,03125
75	0,06285	0,03518
76	0,06782	0,03967
77	0,07330	0,04473
78	0,07934	0,05041
79	0,08602	0,05673

§ 3.

Wykreśla się dotychczasową treść § 29 OWU, który otrzymuje następujące brzmienie:

„Jeżeli następujące czynności dotyczące opłat lub jednostek uczestnictwa należy dokonać tego samego dnia, dokonuje się je w następującej kolejności:

- 1) pobranie kosztów z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) pobranie opłaty administracyjnej,
- 3) przydzielenie jednostek w razie wpłaty składki,
- 4) zamiana Funduszy(konwersja),
- 5) pobranie składki za ryzyko,
- 6) pobranie opłaty za zarządzanie Funduszem,
- 7) pobranie opłaty manipulacyjnej z tytułu bieżących kosztów administrowania kontem jednostek uczestnictwa,
- 8) pobranie opłat nie wymienionych powyżej,
- 9) pobranie opłaty likwidacyjnej z tytułu wykupu i wykup,
- 10) wycena funduszu.

§ 4.

Zmianie ulega § 33 OWU w ten sposób, że:

- 1) ust. 4 otrzymuje następujące brzmienie:
„Ubezpieczającemu przysługuje prawo do złożenia wniosku o wypłatę częściowej wartości wykupu, z zastrzeżeniem postanowień § 30. Do zasad ustalania oraz wypłaty częściowej wartości wykupu stosuje się odpowiednio postanowienia niniejszego paragrafu.”
- 2) ust. 10 otrzymuje następujące brzmienie:
„Wartość wykupu jest ustalana w oparciu o cenę umorzenia jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny następującym po dniu rozwiązania umowy. W przypadku częściowego wykupu wartość wykupu jest ustalana w oparciu o cenę umorzenia jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie jednostek uczestnictwa w najbliższym dniu wyceny następującym po dniu złożenia przez Ubezpieczającego wniosku o częściowy wykup.”

§ 5.

- 1) Po § 33 OWU dodaje się nowy § 34 o brzmieniu:
„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 LEO.”
- 2) Zmienia się numerację kolejnych paragrafów OWU począwszy od dotychczasowego § 34 (w związku z powyższą zmianą będzie to § 35) poprzez zwiększenie numeracji o jeden.

§ 6.

Ust. 3 § 37 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie trzydziestu dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.”

§ 7.

Ust. 6 § 40 OWU otrzymuje następujące brzmienie:

„Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty kwot z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych OWU podlegają stosownym przepisom prawa regulującym opodatkowania osób fizycznych i prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat. Aktualny na dzień wejścia w życie Aneksu nr 2 do OWU stan prawny dotyczący zasad opodatkowania wypłat z tytułu umów ubezpieczenia regulują:

1. 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.);
2. 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.).
W przypadku, gdyby wskazane powyżej przepisy nie znajdowały zastosowania do opodatkowania świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, ze względu na właściwość przepisów prawa innych państw, do opodatkowania tych świadczeń stosować się będzie przepisy danego państwa.”

§ 8.

W § 8 Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Niezależnego Wypadku i Wypadku Komunikacyjnego (INK 1) dodaje się ust. 3 o brzmieniu:

„Współczynnik ryzyka jest równy rocznemu współczynnikowi ryzyka podzielonemu przez dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka wynosi 0,003. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.”

§ 9.

W § 8 Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu w Następstwie Niezależnego Wypadku (ITU 1) dodaje się ust. 3 o brzmieniu:

„Współczynnik ryzyka jest równy rocznemu współczynnikowi ryzyka podzielonemu przez dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka wynosi 0,0045. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka o którym mowa powyżej

w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia ubezpieczonego, wykonywanego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.”

§ 10.

W § 9 Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania (IPZ 1) dodaje się ust. 3 o brzmieniu:

„Współczynnik ryzyka jest równy rocznemu współczynnikowi ryzyka w danym roku trwania umowy ubezpieczenia podzielonemu przez dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka zależny od wieku i płci ubezpieczonego w danym roku trwania umowy ubezpieczenia został podany w poniższej tabeli:

Roczne współczynniki ryzyka		
Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	0.001020	0.001050
17	0.001020	0.001050
18	0.001020	0.001050
19	0.001020	0.001050
20	0.001020	0.001050
21	0.001110	0.001140
22	0.001230	0.001230
23	0.001320	0.001320
24	0.001440	0.001410
25	0.001560	0.001500
26	0.001710	0.001620
27	0.001830	0.001800
28	0.001980	0.001980
29	0.002130	0.002250
30	0.002310	0.002550
31	0.002520	0.002910
32	0.002760	0.003330
33	0.003060	0.003780
34	0.003420	0.004260
35	0.003870	0.004830
36	0.004380	0.005430
37	0.004980	0.006060
38	0.005700	0.006750
39	0.006480	0.007500
40	0.007410	0.008310
41	0.008430	0.009150
42	0.009570	0.010080
43	0.010860	0.011040
44	0.012300	0.012090
45	0.013920	0.013230
46	0.015750	0.014460
47	0.017790	0.015810
48	0.020070	0.017220
49	0.022590	0.018750
50	0.025410	0.020400
51	0.028470	0.022170
52	0.031860	0.024060

53	0.035520	0.026100
54	0.039450	0.028230
55	0.043740	0.030480
56	0.048300	0.032820
57	0.053190	0.035310
58	0.058410	0.037890
59	0.063930	0.040590

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka o którym mowa powyżej w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia ubezpieczonego.”

§ 11.

W § 10 Ogólnych Warunków Dodatkowego Indywidualnego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (IPS 1) dodaje się ust. 3 o brzmieniu:

„Współczynnik ryzyka jest równy rocznemu współczynnikowi ryzyka w danym roku trwania umowy ubezpieczenia podzielonemu przez dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka zależny od wieku i płci ubezpieczonego w danym roku trwania umowy ubezpieczenia został podany w poniższej tabeli:

Roczne współczynniki ryzyka		
Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	3.810	3.582
17	3.810	3.582
18	3.810	3.582
19	3.810	3.582
20	3.810	3.582
21	3.810	3.582
22	3.810	3.582
23	3.810	3.582
24	3.810	3.582
25	5.058	4.794
26	5.058	4.794
27	5.058	4.794
28	5.058	4.794
29	5.058	4.794
30	5.058	4.794
31	5.058	4.794
32	5.058	4.794
33	5.058	4.794
34	5.058	4.794
35	7.290	5.718
36	7.290	5.718
37	7.290	5.718
38	7.290	5.718
39	7.290	5.718
40	7.290	5.718
41	7.290	5.718
42	7.290	5.718
43	7.290	5.718
44	7.290	5.718

45	9.672	9.588
46	9.672	9.588
47	9.672	9.588
48	9.672	9.588
49	9.672	9.588
50	9.672	9.588
51	9.672	9.588
52	9.672	9.588
53	9.672	9.588
54	9.672	9.588
55	11.946	11.820
56	11.946	11.820
57	11.946	11.820
58	11.946	11.820
59	11.946	11.820

Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia ubezpieczonego.”

§ 12.

Pozostałe zapisy Ogólnych Warunków Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Multiaspekt” pozostają bez zmian.

§ 13.

Niniejszy Aneks stanowiący integralną część OWU został uchwalony przez Zarząd Towarzystwa Uchwałą nr 125/2008 z dnia 27 czerwca 2008 r., która weszła w życie z dniem 1 września 2008 r. oraz Uchwałą nr 151/HD/2008 z dnia 3 września 2008 r., która weszła w życie dnia 3 września 2008 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



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