

Ubezpieczenie na Życie  
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

# MEGA KAPITAŁ

Ogólne Warunki Ubezpieczenia



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

SPIS TREŚCI	Strona
<b>UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA KAPITAŁ” (IFK 12)</b> .....	4
Rozdział I. Postanowienia ogólne .....	4
Rozdział II. Składka .....	5
Rozdział III. Świadczenia .....	8
Rozdział IV. Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy .....	9
Rozdział V. Wykup ubezpieczenia .....	9
Rozdział VI. Opłaty .....	10
Rozdział VII. Postanowienia końcowe .....	11
Wykaz funduszy oferowanych w ramach ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „MEGA KAPITAŁ” .....	13
ZAŁĄCZNIK NR 1. Tabela opłat i minimalnych wartości do ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym „MEGA KAPITAŁ” .....	15
<b>REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH HDI-Gerling Życie TU SA</b> .....	18
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 12)</b> .....	19
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (INK 12)</b> .....	21
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (IPZ 12)</b> .....	23
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH NA WYPADEK POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (IOS 12)</b> .....	26
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU 12)</b> .....	28
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS12)</b> .....	30
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 12) „TABELA ŚWIADCZEŃ” .....	33
<b>OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 12)</b> .....	34

## UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA KAPITAŁ” (IFK 12)

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

### ROZDZIAŁ I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1. DEFINICJE

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

- działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
  - stężenia we krwi od 0,2 ‰ alkoholu lub
  - obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm<sup>3</sup>;
- indywidualny rachunek** – prowadzony przez Towarzystwo rachunek, na którym zapisane są jednostki Funduszy pochodzące ze składek regularnych i dodatkowych, wpłaconych na podstawie umowy;
- jednostki Funduszu (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest dzielony dany Fundusz, służące do rozliczania operacji związanych z tym Funduszem;
- metoda aktuarialna** – metoda obliczeniowa wykorzystująca matematykę ubezpieczeniową, finansową i statystykę;
- miesiąc polisowy** – każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu, który swoim oznaczeniem odpowiada dniowi wystawienia polisy, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego; miesiąc polisowy kończy się w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia następnego miesiąca polisowego;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- ogólne warunki ubezpieczenia (ogólne warunki)** – niniejsze ogólne warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał”;
- okres opłacania składek regularnych (okres składkowy)** – okres, wskazany w umowie ubezpieczenia, trwający nie krócej niż pięć lat polisowych, w czasie którego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek regularnych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia;
- polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy;
- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał”;
- rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty wystawienia polisy, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- rok polisy (rok polisowy)** – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdej rocznicy polisy;
- składka dodatkowa** – kwota, która może być opłacana poza należną składką regularną na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w dowolnych terminach i wysokości, nie mniejszej jednak niż aktualnie obowiązująca minimalna składka dodatkowa, określona zgodnie z Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;
- składka regularna (składka)** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminach i wysokości określonych w umowie ubezpieczenia, która to kwota nie obejmuje kwoty składki określonej w § 28 ust. 1 pkt 1 ogólnych warunków;
- składki regularne wycofane** – suma składek regularnych należnych do danego dnia, wycofana zgodnie z § 29 ust. 4 pkt. 2;
- suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia,

z uwzględnieniem ewentualnych późniejszych zmian dokonanych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo, kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach;

- Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
- Ubezpieczający** – strona umowy ubezpieczenia zobowiązana do opłacania składek;
- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy lub Fundusz** – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych wpłaconych na podstawie umów Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał”, lokowany w Fundusze zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- Ubezpieczony** – wskazana w umowie osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie ogólnych warunków;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu Ubezpieczonego;
- Uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 15 ust. 1 ogólnych warunków, jako uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego;
- Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 15 ust. 6 ogólnych warunków, uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku braku Uposażonego albo jeżeli żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia;
- uprawniony** – osoba fizyczna, której zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków przysługuje prawo do otrzymania świadczenia;
- wartość indywidualnego rachunku** – wartość wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku;
- wzrost wartości indywidualnego rachunku** – wartość indywidualnego rachunku na dany dzień pomniejszona o sumę składek regularnych należnych do danego dnia, bez uwzględnienia okresów zawieszenia opłacania składek (okresy zawieszenia opłacania składek są traktowane jak okresy, w których składka jest należna) i powiększona o sumę dotychczasowych składek regularnych wycofanych, z tym że, jeśli wynikiem powyższego wyliczenia jest wartość ujemna, to uznaje się, iż wzrost wartości indywidualnego rachunku jest równy zero.

#### § 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu Ubezpieczonego (ochrona).
- Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnęła szesnasty rok życia i nie osiągnęła sześćdziesiątego piątego roku życia. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia, i roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony się urodził. Wiek Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy.
- Ochrona może być udzielana w wersji I lub w wersji II. Wersja udzielanej ochrony wskazana jest w umowie ubezpieczenia. W przypadku braku wskazania przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wersji ochrony, Towarzystwo udziela ochrony w wersji II. Wersje ochrony różnią się w szczególności zasadami ustalania wysokości świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, wysokością i sposobem ustalania składki za ochronę.
- Ubezpieczający uprawniony jest do złożenia wniosku o zmianę wersji udzielanej ochrony z wersji I na wersję II. Zmiana wersji ochrony z wersji II na wersję I nie jest możliwa. Wniosek, o którym mowa w zdaniu pierwszym, Ubezpieczający może złożyć w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia. Zmiana wersji, o której mowa powyżej, staje się skuteczna z początkiem najbliższego miesiąca polisowego, następującego po dniu złożenia ww. wniosku.
- Ochrona rozpoczyna się w dniu wystawienia polisy. Dzień wystawienia polisy jest dniem zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Ochrona udzielana przez Towarzystwo na podstawie niniejszych ogólnych warunków może zostać rozszerzona o dodat-

kowe zakresy ubezpieczenia na podstawie umów ubezpieczenia dodatkowego, zawartych między Ubezpieczającym a Towarzystwem.

### § 3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy na formularzu Towarzystwa, wpłacając jednocześnie zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku.
2. Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach.
3. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę warunków umowy od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może na własny koszt skierować Ubezpieczonego na powyższe badania.
4. W razie odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest przez Ubezpieczającego z Towarzystwem na okres nie krótszy niż okres opłacania składek regularnych, wskazany w umowie ubezpieczenia, i nie dłuższy niż do osiągnięcia przez Ubezpieczonego osiemdziesiątego roku życia.
6. Okres opłacania składek regularnych określony jest w umowie ubezpieczenia. Okres składkowy nie może być krótszy niż pięć lat i nie może trwać dłużej niż do osiągnięcia przez Ubezpieczonego siedemdziesiątego roku życia, z tym że suma składek w deklarowanym okresie opłacania składek nie może być niższa niż minimalna suma składek określona w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia. Od dnia następującego po ostatnim dniu okresu składkowego suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do minimalnej sumy ubezpieczenia aktualnej na ostatni dzień okresu składkowego, a zawarte przez Ubezpieczającego z Towarzystwem umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasają dnia następującego po ostatnim dniu okresu składkowego. W okresie przypadającym po ostatnim dniu okresu składkowego do dnia wygaśnięcia umowy Towarzystwo udziela ochrony w zakresie określonym w § 2 ust. 1 powyżej, z zastrzeżeniem § 34 ust. 6.
7. Umowa zawierana jest w jednym z trzech wariantów ubezpieczenia, w zależności od wysokości składki regularnej:
  - Silver,
  - Gold,
  - Platinum.
 Wariant ubezpieczenia może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w przypadku podwyższenia składki regularnej na mocy postanowień § 9 lub § 12, o ile wysokość składki regularnej, do której opłacania Ubezpieczający jest zobowiązany, spełnia warunki dotyczące minimalnej składki regularnej dla danego wariantu ubezpieczenia podane w Tabeli Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.
8. 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 zgodę na 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 ww. wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia składa także oświadczenie, iż okoliczności podane przez niego i przez Ubezpieczającego w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach są kompletne i odpowiadają prawdzie.
9. W przypadku zawarcia na podstawie 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. 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 regularnej.

2. Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową wyłącznie z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z zachowaniem odpowiednio postanowień, o których mowa w § 17.
3. W przypadku zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę pięćdziesiąt tysięcy PLN, a ponadto umowa ubezpieczenia w zakresie określonym w § 2 ust. 1 ogólnych warunków nie dochodzi do skutku, a Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu (lub spadkobiercy Ubezpieczającego wskazanemu przez jego pozostałych spadkobierców w razie zgonu Ubezpieczającego) kwotę równą wartości dotychczas dokonanych wpłat na poczet umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku, gdy nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę równą wartości dotychczas dokonanych wpłat na poczet umowy ubezpieczenia.
5. 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 sześćdziesięciu 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 sześćdziesiątego dnia od daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

## ROZDZIAŁ II SKŁADKA

### § 5. SKŁADKA REGULARNA

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

### § 6. SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający po zawarciu umowy może wpłacać składkę dodatkową w dowolnych terminach i wysokości, nie mniejszej jednak niż minimalna składka dodatkowa, o której mowa w ust. 5. Składka dodatkowa przeznaczona jest na nabycie jednostek, po potrąceniu opłat, zgodnie z Tabelą Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

2. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko oraz adres lub – w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą – nazwę firmy i siedzibę oraz numer wniosku ubezpieczeniowego lub polisy.
3. Wpłata składki dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki regularnej.
4. Jeżeli ostatnia składka dodatkowa, zapłacona bezpośrednio przed wygaśnięciem umowy, nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy rozdzielona celem przydzielenia jednostek, kwota takiej składki powiększa bezpośrednio wartość indywidualnego rachunku.
5. Towarzystwo dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia ustala minimalną wysokość składki dodatkowej, która jest podawana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. W przypadku gdy kwota wpłaconej składki dodatkowej będzie niższa niż wskazana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaliczenia wpłaconej kwoty na poczet wymagalnych i przyszłych składek regularnych. Za kwotę wpłaconej składki dodatkowej, o której mowa powyżej, Towarzystwo przydzieli jednostki Funduszy, zgodnie z postanowieniami § 19.

### § 7. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej, po upływie dwudziestu pięciu dni opóźnienia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo pokrycia zaległej składki regularnej z wpłaconych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych. W takim przypadku składkę regularną uznaje się za opłaconą.
2. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej, z zastrzeżeniem ust. 1, dodatkowy okres do jej zapłaty wynosi jeden miesiąc polisowy, licząc od określonego w umowie terminu jej płatności (okres prolongaty). W okresie prolongaty Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej, przewidzianej w danej umowie.
3. Jeżeli Ubezpieczający nie zapłaci zaległej składki regularnej w okresie prolongaty, Towarzystwo wyznacza dodatkowy termin do zapłaty zaległej składki (zwany dalej terminem dodatkowym), wynoszący jeden miesiąc polisowy, licząc od dnia upływu okresu prolongaty, i zawiadamia Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki regularnej w piśmie przesłanym na ostatni znany Towarzystwu adres Ubezpieczającego. W terminie dodatkowym Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej, przewidzianej daną umową.
4. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął w okresie dwóch lat polisowych od zawarcia umowy, a kwota wpłaconej składki dodatkowej nie wystarczy na pokrycie składki regularnej, umowa ubezpieczenia wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy, pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
5. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął po dwóch latach polisowych od zawarcia umowy, skutki niezapłacenia takiej składki regularnej, uzależnione od wartości indywidualnego rachunku, są określane postanowieniami ust. 6 – 8 niniejszego paragrafu.
6. Jeżeli wartość indywidualnego rachunku będzie niższa od minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych, lub Ubezpieczający nie złoży wniosku, o którym mowa w § 8 ust. 1, umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7, wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego, chyba że umowa ubezpieczenia przekształciła się w ubezpieczenie bezskładkowe na warunkach określonych w § 13. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy, pomniejszoną o opłatę z tytułu całkowitego wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
7. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawieszenie opłacania składek na pisemny wniosek Ubezpieczającego, poczynając od terminu płatności zaległej składki, zgodnie z postanowieniami § 8.
8. Jeżeli w terminie dodatkowym dojdzie do umorzenia wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, umowa i ochrona przewidziana umową wygasają w dniu dokonania takiego umorzenia, a Towarzystwo w terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy, pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.

### § 8. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Po opłaceniu składek regularnych za pierwsze dwa lata polisowe Ubezpieczający może złożyć wniosek o wyrażenie przez Towarzystwo zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawieszenie opłacania składek regularnych, jeżeli łącznie są spełnione następujące warunki:
  - 1) została opłacona należna składka regularna za okres do dnia zawieszenia opłacania składek;
  - 2) wniosek Ubezpieczającego zostanie złożony/dostarczony na adres siedziby Towarzystwa co najmniej na czternaście dni przed pierwszym dniem miesiąca kalendarzowego, w którym przypada termin płatności składki regularnej, od którego rozpocznie się okres zawieszenia opłacania składek regularnych,
  - 3) w dniu wyrażenia zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych wartość indywidualnego rachunku będzie wyższa lub równa minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków, jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych i będzie wyższa lub równa dwukrotności składki regularnej należnej za dany rok polisowy.
2. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie będą spełnione lub wniosek Ubezpieczającego o zawieszenie opłacania składek regularnych nie będzie zawierał wszelkich informacji, niezbędnych do podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zawieszenia opłacania składek regularnych, Towarzystwo powiadomi pisemnie Ubezpieczającego o odmowie zawieszenia opłacania składek regularnych lub o niemożności podjęcia decyzji, wskazując, w jakim zakresie wniosek Ubezpieczającego jest niepełny lub błędny. W przypadku gdy zaległa składka regularna została pokryta z wpłaconych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych, zgodnie z postanowieniami § 7 ust. 1, Towarzystwo wyznaczy początek okresu zawieszenia w kolejnym terminie płatności składki regularnej, o czym powiadomi pisemnie Ubezpieczającego. Jednorazowo okres zawieszenia opłacania składek regularnych nie może trwać dłużej niż dwanaście miesięcy polisowych. Zawieszenie może obejmować wyłącznie pełne okresy, zgodnie z ustaloną w umowie częstotliwością opłacania składki regularnej. Zawieszenie nie może dotyczyć okresu, za który składka regularna została opłacona.
3. Ponowne zawieszenie opłacania składek regularnych może nastąpić po upływie dwudziestu czterech miesięcy polisowych, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
4. W czasie trwania umowy suma okresów zawieszenia opłacania składek regularnych nie może przekroczyć łącznie 24 miesięcy polisowych.
5. Wszelkie zmiany umowy, zgłoszone przez Ubezpieczającego w okresie zawieszenia opłacania składek, odnoszą skutek od najbliższej rocznicy polisy, następującej po dniu upływu okresu zawieszenia, pod warunkiem wyrażenia na nie zgody przez Towarzystwo, z wyjątkiem zmiany wersji ochrony, o której mowa w § 2 ust. 4, która staje się skuteczna w terminie tam określonym, pomimo złożenia wniosku o zmianę wersji ochrony w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych.
6. W okresie zawieszenia opłacania składek regularnych Towarzystwo udziela pełnej ochrony przewidzianej umową, chyba że przed upływem tego okresu dojdzie do wygaśnięcia ochrony.

### § 9. ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA I WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

1. Ubezpieczający po upływie dwudziestu czterech miesięcy ubezpieczenia ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej. Zmiana ta, po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, w trybie określonym w ust. 3, odnosi skutek od najbliższej rocznicy polisy, przypadającej po doręczeniu Towarzystwu powyżej wymienionego wniosku, o ile wszystkie wymagalne składki regularne są w całości opłacone. Wniosek należy złożyć/dostarczyć na adres siedziby Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy.
2. Ubezpieczający uprawniony jest do złożenia wniosku o zmianę wysokości składki regularnej:



- a) w przypadku wniosku o podwyższenie składki regularnej – po upływie dwunastu miesięcy ubezpieczenia,
- b) w przypadku wniosku o obniżenie składki regularnej – po upływie trzydziestu sześciu miesięcy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 30 ust. 6.

Towarzystwo może wyrazić zgodę na powyższy wniosek, o ile nowa wysokość składki regularnej w przypadku wniosku o obniżenie składki regularnej nie będzie niższa niż składka minimalna określona przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem treści § 3 ust. 3. W przypadku obniżenia składki regularnej Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia. Zasady określone zdaniem drugim i trzecim ust. 1 powyżej stosuje się.

3. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 1 i 2, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.

#### § 10. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia określana jest przez strony w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia deklarowana jest przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Ostateczną wysokość sumy ubezpieczenia ustala Towarzystwo po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust. 3.
3. Suma ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia określona w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków.
4. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulegać zmianom jedynie w przypadkach określonych w ogólnych warunkach.

#### § 11. ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

1. Po upływie dwunastu miesięcy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 należy złożyć/dostarczyć na adres siedziby Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy. Towarzystwo rozpatrzy ww. wniosek pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnych do dnia złożenia wniosku składek regularnych.
3. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego opisanym w ust. 1, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 3 ust. 3.
5. Zmieniona wysokość sumy ubezpieczenia obowiązuje od najbliższej rocznicy polisy przypadającej po wyrażeniu przez Towarzystwo zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego opisanym w ust. 1.
6. Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo może wyrazić zgodę na zmianę umowy, polegającą na podwyższeniu sumy ubezpieczenia z jednoczesnym podwyższeniem składki regularnej bez przeprowadzania ponownej oceny ryzyka, jeżeli po upływie dwudziestu czterech miesięcy polisowych od daty zawarcia umowy w życiu Ubezpieczonego, który nie ukończył czterdziestego piątego roku życia, wystąpi chociażby jedna z poniżej wymienionych okoliczności:
  - a) Ubezpieczonemu urodzi się dziecko,
  - b) Ubezpieczony dokona przysposobienia dziecka,
  - c) Ubezpieczony zawarł związek małżeński,
  - d) Ubezpieczony rozpoczął lub ukończył studia wyższe, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej,
  - e) Ubezpieczony otrzyma kredyt bankowy na budowę domu lub zakup nieruchomości, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej.
7. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 6 powyżej, z przyczyn określonych w ust. 6 pkt. d) i e) Towarzystwo przed rozpatrzeniem ww. wniosku zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia ponownej oceny ryzyka, zgodnie z treścią § 3 ust. 3.
8. Maksymalna kwota podwyżki, o którą można jednorazowo

zwiększyć sumę ubezpieczenia w związku z wystąpieniem jednej z okoliczności wymienionych w ust. 6 powyżej, nie może przekroczyć 50% sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy.

9. Łączna kwota wszystkich podwyżek podstawowej sumy ubezpieczenia niezależnie od tego, ile okoliczności wymienionych w ust. 6 wystąpi lub powtórzy się w życiu Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 6, w wyniku podwyższenia sumy ubezpieczenia następuje proporcjonalne podwyższenie składki regularnej, chyba że Ubezpieczający złoży wniosek o podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia bez zmiany składki regularnej, a Towarzystwo wyrazi zgodę na taką zmianę umowy.
11. Wniosek, o którym mowa w ust. 6, Ubezpieczający powinien złożyć nie później niż w terminie dziewięćdziesięciu dni, licząc od dnia wystąpienia okoliczności wymienionej w ust. 6. Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający wystąpienie chociażby jednej z okoliczności wymienionych w ust. 6.
12. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 6, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.

#### § 12. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I SUMY UBEZPIECZENIA

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

#### § 13. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Po upływie jedenastu lat polisowych od daty zawarcia umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu wszystkich należnych za ten okres składek regularnych umowa ubezpieczenia może zostać przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe.
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 § 7 ust. 6.
3. Towarzystwo wyrazi zgodę na przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, jeżeli – przy spełnieniu pozostałych warunków, określonych treścią niniejszego paragrafu – w dniu wyrażenia zgody na powyższe, wartość indywidualnego rachunku będzie wyższa lub równa minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, jako umożliwiającej przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
4. Z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe suma ubezpieczenia zostaje obniżona do minimalnej sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu przekształcenia, a zawarte przez Ubezpieczającego z Towarzystwem umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasają.
5. Przekształcenie w ubezpieczenie bezskładkowe następuje z dniem wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej, z zastrzeżeniem treści ust. 1 i 3 powyżej.

6. W okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego mają zastosowanie odpowiednie postanowienia niniejszych ogólnych warunków, dotyczące opłat i kosztów.
7. W przypadku gdy w danym miesiącu wartość indywidualnego rachunku obniży się poniżej wartości określonej zgodnie z treścią ust. 3, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa pierwszego dnia tego miesiąca, a umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.
8. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do dokonania wypłaty wartości wykupu w okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego na zasadach określonych w Rozdziale V.
9. W przypadku zajścia zdarzenia w okresie ubezpieczenia bezskładkowego, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie, zgodnie z treścią § 14.
10. 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 dwadzieścia cztery miesiące.
11. W przypadku wyrażenia przez Towarzystwo zgody na wznowienie przez Ubezpieczającego opłacania składek regularnych umowa ubezpieczenia jest kontynuowana na warunkach sprzed przekształcenia umowy w ubezpieczenie bezskładkowe, z tym, że umowy ubezpieczenia dodatkowego, które wygasły nie są kontynuowane. Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 3 ust. 3.
12. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczający może dokonywać wpłat dodatkowych na zasadach określonych w § 6, z wyłączeniem ust. 3 i 6 § 6.

### ROZDZIAŁ III ŚWIADCZENIA

#### § 14. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

1. W razie zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony w wersji I, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu sumę ubezpieczenia w wysokości aktualnej na dzień zgonu Ubezpieczonego oraz wartość indywidualnego rachunku wg stanu z dnia zgonu Ubezpieczonego.
2. W razie zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony w wersji II, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości:
  - 1) sumy ubezpieczenia w wysokości aktualnej na dzień zgonu Ubezpieczonego pomniejszonej o kwotę częściowych wykupów, dokonanych zgodnie z postanowieniami § 22 i § 24, i opłat za dokonanie tych wykupów lub
  - 2) wartość indywidualnego rachunku wg stanu z dnia zgonu Ubezpieczonego,
 w zależności od tego, która z ww. kwot będzie wyższa.

#### § 15. UPOSAŻONY

1. Ubezpieczający w każdym czasie może wskazać Uposażonego, któremu ma być wypłacone świadczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego. W przypadku zawarcia na podstawie niniejszych ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, do wskazania lub zmiany Uposażonego przez Ubezpieczającego konieczna jest zgoda Ubezpieczonego.
2. Powyższe uprawnienie Ubezpieczający wykonuje przez doręczenie Towarzystwu oświadczenia, które powinno zawierać:
  - 1) dane umożliwiające identyfikację Uposażonego,
  - 2) wskazanie, że Uposażony ma prawo do całości albo odpowiedniej, wyrażonej procentowo części świadczenia,
  - 3) datę złożenia oświadczenia,
  - 4) podpis Ubezpieczonego,
  - 5) w przypadku, o którym mowa w ust. 1, w zdaniu drugim, pisemną zgodę Ubezpieczonego na wyznaczenie lub zmianę Uposażonego.
3. Oświadczenie o wskazaniu Uposażonego może być złożone we wniosku o zawarcie umowy pod warunkiem i ze skutkiem od dnia jej zawarcia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 3.
4. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego zawiera wszystkie dane określone w ust. 2 i wywołuje skutki prawne od dnia złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa.
5. Jeżeli Ubezpieczający wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego, którego wskazał, na dzień zgonu Ubezpieczonego jest bezskuteczne, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów w świadczeniu. Jeżeli wskazanie pozostaje skuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego, jedynie wobec jednego Uposażonego, świadczenie przypada w całości temu Uposażonemu.

6. Gdy brak jest Uposażonego lub żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są Uposażeni Zastępcy. Postanowienia ustępów powyżej stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego.
7. Jeżeli Ubezpieczający nie wskaże żadnego Uposażonego albo wskazanie w stosunku do wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych jest bezskuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego lub innej osobie, według następującej kolejności:
  - 1) małżonek,
  - 2) dzieci,
  - 3) rodzice,
  - 4) rodzeństwo,
  - 5) inne osoby, zaliczane zgodnie z Kodeksem Cywilnym do grona spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

#### § 16. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

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

#### § 17. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. 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 lub w czasie jej trwania w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie prawdy i podanie nieprawdy. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione będzie do odmowy wypłaty świadczenia lub wypłaty zmniejszonego świadczenia. Towarzystwo w powyższej sytuacji wypłaci kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku



z dnia ustalenia przez Towarzystwo okoliczności powodującej zwolnienie Towarzystwa z obowiązku świadczenia pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.

2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została informacja o chorobie.
3. Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, a umowa ubezpieczenia wygasa, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
  - 1) w wyniku samobójstwa, w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - 2) bezpośrednio lub pośrednio w wyniku działań wojennych lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych;
  - 3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.
4. W przypadkach opisanych powyżej w ust. 3 pkt. 1–3 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.

## ROZDZIAŁ IV

### UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

#### § 18. ZASADY OGÓLNE DOTYCZĄCE FUNDUSZU

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

#### § 19. PRZYDZIELANIE JEDNOSTEK

1. Jednostki Funduszy są przydzielane w razie wpłaty przez Ubezpieczającego składki regularnej lub dodatkowej, zgodnie z ostatnio zgłoszonym Towarzystwu przez Ubezpieczającego poleceniem rozdzielenia składki regularnej pomiędzy Fundusze. Przydzielenie jednostek następuje w okresie do czterech dni roboczych od dnia wpływu składki regularnej lub dodatkowej na wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa. W przypadku gdyby wniosek, o którym mowa powyżej, złożony został później niż w terminie określonym zdaniem poprzedzającym, przydzielenie jednostek nastąpi w terminie czterech dni roboczych począwszy od dnia złożenia prawidłowo wypełnionego wniosku.
2. Przydzielenie jednostek w przypadku wpłaty pierwszej składki regularnej nastąpi w terminie określonym w ust. 1, licząc od dnia rozpoczęcia udzielania przez Towarzystwo ochrony na podstawie umowy ubezpieczenia.
3. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej. W przypadku zgłoszenia Towarzystwu ww. zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej później niż na trzy dni przed najbliższym dniem przydzielenia jednostek nowe polecenie rozdzielenia składki regularnej będzie odnosić skutek od kolejnego dnia przydzielenia jednostek.
4. Polecenie rozdzielenia składki regularnej pomiędzy Fundusze stosuje się także do rozdzielenia pomiędzy Fundusze wpłaconych przez Ubezpieczającego składek dodatkowych.

#### § 20. ZAMIANA FUNDUSZY (KONWERSJA)

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

#### § 21. LIKWIDACJA FUNDUSZU

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

## ROZDZIAŁ V WYKUP UBEZPIECZENIA

#### § 22. ZASADY OGÓLNE

1. Wykup ubezpieczenia polega na umorzeniu na wniosek Ubezpieczającego wszystkich lub niektórych jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku i wypłacie Ubezpieczającemu, po pobraniu opłaty z tytułu całkowitego lub częściowego wykupu, z zastrzeżeniem treści § 29 ust. 3 i 6, kwoty odpowiadającej części albo całości wartości tego rachunku ustalonej na dzień wykupu.
2. Dzień wykupu jest to dzień, w którym umorzono wszystkie bądź część jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku. Dzień wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypaść później niż piątego dnia roboczego, licząc od dnia następującego po dniu złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa prawidłowo wypełnionego wniosku o wykup. Dzień wykupu jednostek może zostać opóźniony wyłącznie w przypadkach opóźnień w umarzaniu jednostek przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych.
3. Kwoty wykupu określone w niniejszym rozdziale wypłata się w dniu płatności wykupu. Wypłata wykupu nastąpi nie później niż siódmego dnia roboczego, licząc od dnia wykupu. Jeżeli wniosek o wykup został złożony w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało zamiany Funduszy, zgodnie z treścią § 20, lub częściowego wykupu, na podstawie wcześniej złożonego wniosku o wykup, to siedmiodniowy okres, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, rozpoczyna się w dniu zakończenia dokonywania przez Towarzystwo zamiany Funduszy lub w dniu płatności wykupu dokonanej zgodnie z wcześniejszym wnioskiem.
4. Jeżeli Ubezpieczający zamierza wskazać więcej niż jeden Fundusz, których jednostki mają być umorzone, wskazanie musi określać Fundusze i procentowy udział wartości jednostek tych Funduszy w kwocie wykupu z dokładnością do pełnych procentów. W razie braku takiego wskazania, jednostki zostaną umorzone proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy.

5. Dokonanie częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 24, ma ten skutek, że umowa ubezpieczenia w dalszym ciągu pozostaje w mocy przy zachowaniu niezminionej składki. Liczba jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zmniejsza się w dniu wykupu przez umorzenie liczby jednostek, których wartość na dzień wykupu odpowiada kwocie wykupu wraz z opłatą z tytułu częściowego wykupu.

### § 23. CAŁKOWITY WYKUP UBEZPIECZENIA

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

### § 24. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje częściowego wykupu jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku (częściowy wykup ubezpieczenia), jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
  - 1) wartość indywidualnego rachunku po dokonaniu częściowego wykupu jest nie niższa niż iloczyn stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu oraz wysokości składek regularnych niewycofanych po dniu dokonania ww. wykupu, z zastrzeżeniem treści ust. 2,
  - 2) wartość indywidualnego rachunku po dokonaniu częściowego wykupu będzie wyższa lub równa minimalnej wartości określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków, jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych i będzie wyższa lub równa dwukrotności składki należnej za dany rok polisowy.
2. Jeżeli wniosek Ubezpieczającego o dokonanie częściowego wykupu jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku został złożony w trakcie pierwszych dwóch lat polisowych, Towarzystwo dokona częściowego wykupu, zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego, jeśli kwota częściowej wartości wykupu będzie nie wyższa niż wzrost wartości indywidualnego rachunku w dniu złożenia wniosku o wykup, z zastrzeżeniem treści ust. 5.
3. Jeżeli warunek określony w ust. 1 nie jest spełniony, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.
4. Po dokonaniu częściowego wykupu umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy przy zachowaniu dotychczasowych warunków umowy.
5. Minimalna kwota częściowego wykupu jest podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

## ROZDZIAŁ VI OPŁATY

### § 25. ZASADY OGÓLNE

1. Jeżeli postanowienia niniejszego rozdziału zastrzegają na rzecz Towarzystwa prawo dokonywania waloryzacji wysokości danej opłaty, stosuje się opisane poniżej zasady. Wysokość opłaty wynikająca z waloryzacji obowiązuje od dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o waloryzacji. Wskaźnik waloryzacji Towarzystwo określa na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym, ogłaszanego przez GUS. Każdej kolejnej waloryzacji podlega

opłata w wysokości obowiązującej w dniu waloryzacji. Na każde żądanie Ubezpieczającego Towarzystwo jest zobowiązane podać Ubezpieczającemu aktualną zwaloryzowaną wysokość opłaty.

2. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, Towarzystwo pobiera opłaty przez umorzenie jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku.
3. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, opłata jest rozdzielana proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy, zapisanych na indywidualnym rachunku na dzień, w którym opłata stała się należna.
4. Opłaty określone niniejszym rozdziałem są naliczane zgodnie z obowiązującą Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia i zależą od obowiązującego dla danej umowy ubezpieczenia wariantu ubezpieczenia.

### § 26. OPŁATA ZA PROWADZENIE INDYWIDUALNEGO RACHUNKU

Towarzystwo pobiera opłatę za prowadzenie indywidualnego rachunku. Opłata ta jest obliczana i pobierana zgodnie z obowiązującą Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.

### § 27. OPŁATA ALOKACYJNA

1. Towarzystwo pobiera opłatę alokacyjną, która obliczana jest i pobierana zgodnie z Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia, jednocześnie z przydzieleniem jednostek, oddzielnie dla składek regularnych i dodatkowych.
2. Pobranie opłaty alokacyjnej następuje w ten sposób, iż ustala się liczbę jednostek danego Funduszu przydzielanych w razie wpłaty składki, dzieląc:
  - 1) wysokość wpłaconej składki, przeznaczanej na ten Fundusz zgodnie z prawidłowym poleceniem rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, przez
  - 2) wartość jednostki tego Funduszu na dzień przydzielenia powiększoną o procent tej wartości równy odpowiedniej stawce procentowej opłaty, o której mowa w ust. 1.
3. Liczba jednostek obliczona na podstawie § 27 ust. 2 danego Funduszu jest przydzielana w dniu przydzielenia, określonym zgodnie z postanowieniami § 19.

### § 28 OPŁATY MIESIĘCZNE

1. Towarzystwo pobiera następujące miesięczne opłaty i składkę:
  - 1) składkę za ochronę – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
  - 2) opłatę polisową – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
  - 3) opłatę administracyjną – w ostatnim dniu miesiąca polisowego.
 Opłaty i składka wymienione w pkt 1) – 3) są pobierane poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
2. Składka za ochronę jest ustalana w szczególności na podstawie wieku, płci oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego, a sposób jej ustalania uzależniony od wersji udzielanej ochrony jest następujący:
  - 1) w przypadku udzielania ochrony w wersji I wysokość składki za ochronę jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy ubezpieczenia, gdzie miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu podzielonemu przez dwanaście;
  - 2) w przypadku udzielania ochrony w wersji II wysokość składki za ochronę jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy pod ryzykiem, podzielonej przez prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia Ubezpieczonego, gdzie:
    - a) miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego podzielonemu przez dwanaście,
    - b) prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia Ubezpieczonego jest równe dopełnieniu miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu Ubez-

- pieczonego do 1 (1 minus miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego),
- c) suma pod ryzykiem jest równa różnicy pomiędzy kwotą wymienioną w § 14 ust. 2 pkt 1), 2) a bieżącą wartością indywidualnego rachunku.
3. Wysokość opłaty polisowej jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z postanowieniami § 25.
  4. Opłata administracyjna jest ustalana procentowo w stosunku do wartości jednostek zgromadzonych na poszczególnych Funduszach. Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek zapisanych na poszczególnych Funduszach. Wysokość opłaty jest zależna od wybranego Funduszu i zgodna jest z obowiązującą Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.

### § 29. OPŁATA Z TYTUŁU CAŁKOWITEGO I CZĘŚCIOWEGO WYKUPU

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

### § 30. INNE OPŁATY

1. Towarzystwo pobiera opłaty z tytułu następujących operacji:
  - 1) zmiany polecenia rozdzielania składki pomiędzy Fundusze,
  - 2) zamiany Funduszy,
  - 3) przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy, do przekazania której Towarzystwo nie jest zobligowane obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Ponadto Towarzystwo pobiera miesięcznie każdego z pierwszych trzech lat polisowych opłatę z tytułu prowadzenia umowy ubezpieczenia, którą ustala się procentowo od kwoty obliczonej zgodnie ze zdaniem następnym. Podstawę wyliczenia opłaty stanowi kwota będąca iloczynem zadeklarowanego okresu opłacania składek regularnych, nie więcej jednak niż 25, oraz kwoty składki regularnej obliczonej za dany rok polisowy podzieloną przez dwanaście. Opłata, o której mowa powyżej, jest pobierana również w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych. Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
3. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zmiany polecenia rozdzielania składki pomiędzy Fundusze w przypadku pierwszych

- sześciu zmian ww. polecenia w danym roku polisowym. Od siódmej i każdej kolejnej zmiany tego polecenia w danym roku polisowym Towarzystwo pobiera opłatę od zmiany polecenia rozdzielania składki pomiędzy Fundusze, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 25 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o zmianie polecenia rozdzielania składki pomiędzy Fundusze i jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
4. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zamiany Funduszy w przypadku pierwszych sześciu ww. zmian w danym roku polisowym. Od siódmej i każdej kolejnej zamiany w danym roku polisowym Towarzystwo pobiera opłatę od zamiany Funduszy, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 25 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
  5. Wysokość opłaty określonej w ust. 1 pkt 3) jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 25 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
  6. W przypadku wyrażenia przez Towarzystwo zgody na wniosek Ubezpieczającego o obniżenie składki regularnej, o którym mowa w § 9 ust. 2 lit. b, Towarzystwo, począwszy od miesiąca polisowego, w którym Ubezpieczający rozpoczął opłacanie obniżonej składki regularnej, pobiera miesięcznie opłatę z tytułu obniżenia składki regularnej, którą ustala się procentowo od kwoty obliczonej zgodnie ze zdaniem następnym. Podstawę wyliczenia opłaty stanowi kwota będąca różnicą pomiędzy wysokością najwyższej składki urocznionej, obowiązującej w czasie trwania umowy, a wysokością urocznionej składki po obniżeniu, nie mniej jednak niż 0. Opłata z tytułu obniżenia składki regularnej pobierana jest przez okres opłacania przez Ubezpieczającego obniżonej składki regularnej do miesiąca, w którym należyna składka regularna, do opłacania której zobowiązany jest Ubezpieczający, uległa podwyższeniu co najmniej do wysokości sprzed uwzględnienia wniosku o obniżenie składki regularnej, o którym mowa w zdaniu pierwszym powyżej.

## ROZDZIAŁ VII

### POSTANOWIENIA KOŃCOWE

#### § 31. OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA

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

jeśli Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie 14 dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu propozycji zmian.

### § 32. PRAWA UBEZPIECZAJĄCEGO DO WYPowiedzenia UMOWY ORAZ DO Odstąpienia od UMOWY

1. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę. Okres wypowiedzenia wynosi trzydzieści dni i rozpoczyna się następnego dnia po doręczeniu Towarzystwu oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy zostanie doręczone Towarzystwu w okresie prolongaty, o którym mowa w § 7 ust. 2, albo podczas dodatkowego terminu, o którym mowa w § 7 ust. 3, okres wypowiedzenia podlega skróceniu i upływa odpowiednio w dniu, w którym upływa okres prolongaty, albo w dniu, w którym upływa termin dodatkowy.
2. Umowa wygasa w dniu, w którym upływa okres wypowiedzenia, chyba że przed tym dniem wystąpi inna okoliczność powodująca wygaśnięcie umowy.
3. Towarzystwo w terminie trzydziestu dni, licząc od dnia wygaśnięcia umowy wskutek jej wypowiedzenia, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy, pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy, doręczając Towarzystwu pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Ubezpieczający niebędący przedsiębiorcą może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie trzydziestu dni, zaś przedsiębiorca w okresie siedmiu dni, licząc od daty zawarcia umowy. W przypadku odstąpienia od umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość indywidualnego rachunku oraz wartość pobranej składki za ochronę po potrąceniu kwoty należnej Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Kwota należna Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej będzie naliczona proporcjonalnie od pobranej składki za ochronę do okresu udzielania tej ochrony.

### § 33. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia wygasa w wyniku wystąpienia co najmniej jednej z poniżej wskazanych okoliczności:
  - 1) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
  - 2) zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu,
  - 3) w przypadku przewidzianym w § 7, o ile jego zajęcie połączone jest z wygaśnięciem umowy,
  - 4) z dniem dokonania przez Towarzystwo całkowitego wykupu ubezpieczenia,
  - 5) wartość indywidualnego rachunku nie wystarczy na pokrycie opłat przewidzianych umową,
  - 6) w dniu osiągnięcia przez Ubezpieczonego osiemdziesiątego roku życia.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość indywidualnego rachunku. Towarzystwo umorzy wszystkie jednostki zapisane na indywidualnym rachunku, wg stanu z dnia wygaśnięcia umowy, oraz określi wartość świadczenia w wysokości umorzonych jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku z dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, pomniejszając ją o zaległe opłaty należne Towarzystwu na podstawie umowy ubezpieczenia. Powyższe zasady stosuje się, jeśli postanowienie ogólnych warunków nie przewidują odmiennych zasad rozliczenia wartości indywidualnego rachunku w razie wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 34.

### § 34. WYPŁATA WYKUPU W FORMIE MIESIĘCZNYCH RAT

1. Na wniosek Ubezpieczającego Towarzystwo, najwcześniej po zakończeniu okresu opłacania składek regularnych, będzie wypłacać Ubezpieczającemu wartość wykupu w formie miesięcznych rat przez okres wskazany przez Ubezpieczającego w ww. wniosku spośród jednego z trzech wariantów:
  - I. pięcioletni,
  - II. dziesięcioletni,
  - III. piętnastoletni.
2. Wysokość miesięcznej raty obliczana jest po pobraniu opłat przewidzianych umową, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej, i stanowi iloraz wartości indywidualnego rachunku z dnia wypłaty bieżącej raty oraz ilości miesięcy kalendarzowych pozostających do końca okresu, przez który wykup w formie miesięcznych rat ma być wypłacany, zgodnie z ust. 1 powyżej, nie uwzględniając miesiąca, za który wypłacana jest bieżąca rata, powiększonej o jeden.

3. Wniosek Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 1, powinien zostać złożony najpóźniej na czternaście dni przed początkiem miesiąca polisowego, od którego ma rozpocząć się wypłacanie wykupu w formie miesięcznych rat.
4. Towarzystwo, uwzględniając wniosek Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 1, dokona zamiany jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku Ubezpieczającego na jednostki Funduszu HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany, zgodnie z treścią § 20. W przypadku likwidacji ww. Funduszu Towarzystwo przydzieli jednostki funduszu o podobnej strategii inwestycyjnej.
5. Towarzystwo rozpocznie wypłacanie wykupu w formie miesięcznych rat od miesiąca polisowego przypadającego po miesiącu, w którym dokonano zamiany Funduszy, zgodnie z treścią ust. 4 powyżej.
6. W okresie wypłacania wykupu w formie miesięcznych rat Towarzystwo nie udziela ochrony w zakresie określonym § 2 ust. 1 oraz nie pobiera opłat za prowadzenie umowy ubezpieczenia określonej w § 30 ust. 2 oraz składki za ochronę określonej w § 28 ust. 1 pkt. 1. Pozostałe opłaty są pobierane zgodnie z postanowieniami umowy.
7. W okresie wypłacania wykupu w formie miesięcznych rat Towarzystwo nie dokonuje zamiany Funduszy na podstawie § 20, a także wykupu częściowego na podstawie § 24, w razie złożenia wniosków w ww. zakresie przez Ubezpieczającego. Ubezpieczający jest jednak uprawniony do złożenia wniosku o całkowity wykup ubezpieczenia na podstawie § 23 w ww. okresie. Ubezpieczający w okresie wypłacania wykupu w formie miesięcznych rat uprawniony jest do dokonywania wpłat składek dodatkowych. Opłaty z tytułu wpłat składek dodatkowych pobierane są zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków.

### § 35. SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH UMOWY

1. Oświadczenia woli bądź wiedzy, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają strony, wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności. Za zgodą Towarzystwa Ubezpieczający będący użytkownikiem serwisu internetowego może składać oświadczenia za pomocą internetu, przy czym dyspozycje złożone w ten sposób przez Ubezpieczającego traktowane są jak dyspozycje złożone w formie pisemnej.
2. Każde oświadczenie kierowane do Towarzystwa musi zawierać dane umożliwiające identyfikację umowy, której dotyczy, wskazywać czynność, której dotyczy, oraz zawierać inne dane wymagane umową dla tego oświadczenia. Ponadto oświadczenia powinny być składane na stosowanych przez Towarzystwo formularzach wniosków, zgłoszeń, zawiadomień, poleceń oraz innych formularzach właściwych dla danego oświadczenia udostępnianych przez Towarzystwo.
3. Jeżeli oświadczenie nie zostało złożone zgodnie z wymogami określonymi w ust. 2, Towarzystwo wyznaczy osobie składającej oświadczenie dodatkowy termin na uzupełnienie oświadczenia lub dostarczenie niezbędnych dokumentów. Jeżeli osoba składająca oświadczenie nie uzupełni go w wyznaczonym terminie, jej oświadczenie uznaje się za bezskuteczne.
4. Jeżeli oświadczenie jest składane przez pełnomocnika lub przedstawiciela ustawowego, do oświadczenia należy odpowiednio dołączyć pełnomocnictwo wskazujące zakres umocowania lub dokumenty urzędowe, potwierdzające istnienie przedstawicielstwa ustawowego.

### § 36. DORECZENIA

1. Pisma skierowane do Towarzystwa uznaje się za doręczone w dniu ich złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa.
2. Jeżeli oświadczenie skierowane do Towarzystwa zostało uzupełnione w trybie określonym w § 35 ust. 3, skutek doręczenia takiego pisma następuje, w rozumieniu umowy, w dniu złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa prawidłowo sporządzonego pisma uzupełniającego.
3. Pisma Towarzystwa skierowane do Ubezpieczającego albo Ubezpieczonego, albo Uposażonego uznaje się za doręczone z chwilą doręczenia na ostatni wskazany adres osoby, do której pismo jest skierowane.
4. W przypadku zmiany adresu zamieszkania lub siedziby przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo Uposażonego i niepowiadomienia o tym Towarzystwa, zgodnie z postanowieniem § 37 ust. 1 poniżej, strony uznają, że skutek doręczenia pisma Ubezpieczającemu, Ubezpieczoneму albo Uposażonemu następuje po upływie trzydziestu dni od daty wysłania pisma przez Towarzystwo na ostatni wskazany adres, nawet jeśli nie dotarło do adresata.



**§ 37. ZMIANA ADRESU LUB SIEDZIBY**

1. Zgłoszenie Towarzystwu zmiany adresu wymaga formy pisemnej i jest skuteczne od dnia jego złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa.
2. Towarzystwo jest zobowiązane powiadomić o zmianie swojej siedziby przez dwukrotne ogłoszenie w dzienniku o zasięgu ogólnokrajowym.

**§ 38. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ**

Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków, podlegają stosownym przepisom prawa regulującym opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat. Aktualny na dzień wejścia w życie ogólnych warunków stan prawny dotyczący zasad opodatkowania wypłat świadczeń z tytułu umowy 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 – urzędowy jednolity tekst z późn. zm.), a w szczególności art. 5a pkt. 14, art. 9 ust. 1, art. 11, art. 21 ust. 1 pkt. 4, art. 24 ust. 15, art. 30a ust. 1 pkt. 5, ust. 2 i 3 oraz ust. 5-7, art. 41 ust. 4. W przypadku zmian wyżej wymienionej ustawy, polegających na zmianie numeracji wskazanych powyżej artykułów, czy też ich treści, jak też dodaniu nowych artykułów/ustępów, regulujących opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia – do opodatkowania tych świadczeń stosować się będzie tak zmienioną numerację, czy też treść, z uwzględnieniem treści wprowadzonej nowymi artykułami/ustępami;
- 2) Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 – urzędowy jednolity tekst z późn. zm.), a w szczególności art. 7 ust. 1, art. 12, art. 18, art. 19 ust. 1. W przypadku zmian wyżej wymienionej ustawy, polegających na zmianie numeracji wskazanych powyżej artykułów, czy też ich treści, jak też dodaniu nowych artykułów/ustępów, regulujących opodatkowanie świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia – do opodatkowania tych świadczeń stosować się będzie tak zmienioną numerację, czy też treść, z uwzględnieniem treści wprowadzonej nowymi artykułami/ustępami.

W przypadku podatników mających miejsce zamieszkania lub siedzibę za granicą przepisy polskiego prawa podatkowego są stosowane wraz z postanowieniami właściwej umowy międzynarodowej w sprawie unikania podwójnego opodatkowania, o ile taka umowa została zawarta. Zastosowanie umowy może być uzależnione od przedstawienia przez Podatnika certyfikatu rezydencji.

**§ 39. DOKŁADNOŚĆ OBLICZEŃ I ZAOKRĄGLENIA**

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

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

Zaokrąglenia następują na zasadach ogólnych.

**§ 40. WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU**

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

**§ 41. WYKAZ FUNDUSZY OFEROWANYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA KAPITAŁ”**

1. Towarzystwo może utworzyć nowe Fundusze. Utworzenie nowego Funduszu, także wycofanie Funduszu z oferty Towarzystwa nie stanowi zmiany umowy.
2. Aktualny Wykaz Funduszy dostępnych w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” wraz ze Strategiami tych Funduszy Ubezpieczający otrzyma w rocznicę polisy.

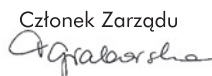
3. Jeżeli Ubezpieczający, po doręczeniu mu Strategii nowego Funduszu, złoży Towarzystwu polecenie ulokowania w tym Funduszu środków pochodzących z wpłaty składki, będzie to uważane za przyjęcie tej Strategii przez Ubezpieczającego,
4. Wartość współczynnika „x”, o którym mowa w § 6 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiącym Załącznik nr 2 do ogólnych warunków, wynosi dla każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „0”.


NAZWA FUNDUSZU UFK	KOD FUNDUSZU
Arka BZ WBK Obligacji	AR11
Arka BZ WBK Ochrony Kapitału	AR12
Arka BZ WBK Zrównoważony	AR31
Arka BZ WBK Akcji	AR41
Arka BZ WBK Akcji Środkowej i Wschodniej Europy	AR42
Arka BZ WBK Funduszy Akcji Zagranicznych	AR43
BPH Obligacji 2	BP11
BPH Stabilnego Wzrostu	BP21
BPH Akcji	BP41
BPH Akcji Europy Wschodzącej	BP42
BPH Akcji Dynamicznych Spółek	BP43
BPH Aktywnego Zarządzania	BP53
PKO/CREDIT SUISSE Obligacji	CS11
PKO/CREDIT SUISSE Stabilnego Wzrostu	CS21
PKO/CREDIT SUISSE Zrównoważony	CS31
PKO/CREDIT SUISSE Akcji	CS41
DWS Polska Płynna Lokata Plus	DW01
DWS Polska Płynna Lokata	DW02
DWS Polska Dłużnych Papierów Wartościowych	DW11
DWS Polska Zabezpieczenia Emerytalnego	DW21
DWS Polska Zrównoważony	DW31
DWS Polska Akcji	DW41
DWS Polska Top 50 Małych i Średnich Spółek Plus	DW42
DWS Polska Akcji Plus	DW43
HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany	HG01
HDI-Gerling Fundusz Bezpieczny	HG11
HDI-Gerling LEO	HG12
HDI-Gerling Fundusz Stabilnego Wzrostu	HG21
HDI-Gerling Portfel Modelowy Stabilnego Wzrostu	HG22
HDI-Gerling Fundusz Wzrostu i Dochodu	HG31
HDI-Gerling Portfel Modelowy Zrównoważony	HG32
HDI-Gerling LIBRA	HG33
HDI-Gerling TAURUS	HG41
HDI-Gerling Portfel Modelowy Aktywnej Alokacji	HG51
HDI-Gerling BPH Lokata Top Profit	HG61
ING Stabilnego Wzrostu	IN21
ING Zrównoważony	IN31
ING Akcji	IN41
Legg Mason Pieniężny	LM01
Legg Mason Senior	LM21
Legg Mason Zrównoważony Środkowoeuropejski	LM31
Legg Mason Akcji	LM41
Millennium Pieniężny	MI01

Millennium Stabilnego Wzrostu	MI21
Millennium Zrównoważony	MI31
Millennium Akcji	MI41
Pioneer Pieniężny	PI01
Pioneer Obligacji Plus	PI11
Pioneer Obligacji	PI12
Pioneer Stabilnego Wzrostu	PI21
Pioneer Zrównoważony	PI31
Pioneer Wzrostu i Dochodu MIX 40	PI32
Pioneer Wzrostu MIX 60	PI33
Pioneer Akcji Polskich	PI41
SEB 2 - Obligacji i Bonów Skarbowych	SE11
SEB 5 - Obligacji Skarbowych	SE12
SEB 4 - Stabilnego Wzrostu	SE21
SEB 1 - Zrównoważonego Wzrostu	SE31
SEB 3 - Akcji	SE41
Skarbiec - Kasa	SK01
Skarbiec - Gotówkowy	SK02
Skarbiec - Obligacja	SK11
Skarbiec - Depozytowy	SK12
Skarbiec - Top Funduszy Stabilnych	SK21
Skarbiec - III Filar	SK22
Skarbiec - Waga	SK31
Skarbiec - Akcja	SK41
Skarbiec - Top Funduszy Akcji	SK42

Skarbiec - Private Equity	SK43
Skarbiec - Top Funduszy Zagranicznych	SK44
Union Investment UniKorona Pieniężny	UI01
Union Investment UniKorona Obligacje	UI11
Union Investment UniDolar Obligacje (PLN)	UI12
Union Investment UniStoProcent Plus	UI21
Union Investment UniStabilny Wzrost	UI22
Union Investment UniKorona Zrównoważony	UI31
Union Investment UniKorona Akcje	UI41
Union Investment UniGlobal	UI42
Union Investment UniAkcje: Mistrzostwa Europy 2012	UI43
Union Investment UniSektor Nieruchomości: Nowa Europa	UI44
Union Investment UniAkcje: Nowa Europa	UI45
Union Investment UniMax Zagranica	UI46
Union Investment UniAktywna Alokacja (95%)	UI51

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12) zostały uchwalone przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA uchwałą Nr 47/HDI/2009 z dnia 5 lutego 2009 r. i obowiązują od dnia 1 marca 2009 r.

Członek Zarządu  
  
 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
 Sławomir Waleryś



## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA KAPITAŁ”

### TABELA OPŁAT I MINIMALNYCH WARTOŚCI DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA KAPITAŁ”

uchwalona przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA Uchwałą nr 47/HDI/2009 z dnia 5 lutego 2009 r. i obowiązująca od dnia 1 marca 2009 r.

Minimalne składki																															
	Silver			Gold			Platinum																								
Miesięczna	100 PLN			150 PLN			200 PLN																								
Kwartalna	300 PLN			450 PLN			600 PLN																								
Półroczna	600 PLN			900 PLN			1 200 PLN																								
Roczna	1 100 PLN			1 650 PLN			2 200 PLN																								
Dodatkowa	500 PLN			500 PLN			500 PLN																								
Alokacja składki i opłaty																															
Alokacja składki (procent składki, za który przydzielane są jednostki)										100%																					
Tytuł potrącenia										Wysokość potrącenia																					
1. Opłata za prowadzenie indywidualnego rachunku pobierana od każdej wpłaconej składki regularnej i dodatkowej										4%																					
2. Opłata alokacyjna										2,5%																					
Od 1. do 3. roku polisy																															
	Silver			Gold			Platinum																								
3. Opłata za prowadzenie umowy ubezpieczenia										2,5%		2,4%		2,3%																	
Od 2. roku polisy																															
	Silver			Gold			Platinum																								
4. Opłata polisowa <i>Miesięcznie</i>										13,90 PLN		10,90 PLN		8,90 PLN																	
Od 1. roku polisy																															
	Portfele modelowe (HG12, HG33, HG41)			Portfele modelowe (HG22, HG32, HG51)			Pozostałe Fundusze																								
5. Opłata administracyjna <i>Miesięcznie</i>										0,025%		0,000%		0,125%																	
6. Opłata za zmianę Funduszy										6 zmian Funduszy w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN																					
7. Opłata za zmianę polecenia rozdzielenia składki										6 zmian polecenia rozdzielenia składki w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN																					
8. Opłata za przesłanie na wniosek Ubezpieczającego dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy										10 PLN																					
Lata polisowe																															
	1 i 2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12 i dalsze																				
9. Opłata z tytułu częściowego/całkowitego wykupu ubezpieczenia										100%		60%		55%		50%		45%		40%		35%		30%		20%		10%		0,5%	
10. Opłata z tytułu obniżenia składki regularnej <i>Miesięcznie</i>										6,9%																					
MINIMALNE WARTOŚCI INNYCH PARAMETRÓW UBEZPIECZENIA																															
Minimalna wartość indywidualnego rachunku po dokonaniu częściowego wykupu										Kwota stanowiąca iloczyn stawki opłaty z tytułu wykupu, określonej w wierszu nr 9 powyższej tabeli, uzależnionej od roku polisowego, w którym Towarzystwo dokonało wykupu, oraz wysokości składek regularnych niewycofanych po dniu dokonania ww. wykupu, nie mniej niż 5 000 PLN																					
Minimalna wartość indywidualnego rachunku umożliwiająca zawieszenie opłacania składek lub zmianę na ubezpieczenie bezskładkowe										5 000 PLN																					
Minimalna kwota częściowego wykupu										1 000 PLN																					
Minimalna suma ubezpieczenia										500 PLN																					
Minimalna suma składek w zadeklarowanym okresie opłacania składek										9 500 PLN																					

## Roczne współczynniki prawdopodobieństwa zgonu

Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	0,00081	0,00055
17	0,00084	0,00055
18	0,00104	0,00055
19	0,00117	0,00055
20	0,00125	0,00055
21	0,00130	0,00055
22	0,00135	0,00055
23	0,00136	0,00055
24	0,00135	0,00055
25	0,00136	0,00055
26	0,00140	0,00055
27	0,00148	0,00055
28	0,00158	0,00055
29	0,00169	0,00055
30	0,00180	0,00055
31	0,00193	0,00056
32	0,00208	0,00061
33	0,00226	0,00068
34	0,00247	0,00075
35	0,00271	0,00085
36	0,00298	0,00095
37	0,00328	0,00107
38	0,00362	0,00121
39	0,00400	0,00136
40	0,00440	0,00153
41	0,00483	0,00172
42	0,00530	0,00192
43	0,00579	0,00213
44	0,00630	0,00235
45	0,00685	0,00257
46	0,00746	0,00280
47	0,00813	0,00305
48	0,00888	0,00331
49	0,00974	0,00360
50	0,01069	0,00391
51	0,01170	0,00424
52	0,01276	0,00458
53	0,01385	0,00494
54	0,01498	0,00534
55	0,01618	0,00575
56	0,01745	0,00620
57	0,01882	0,00670
58	0,02030	0,00727
59	0,02190	0,00794
60	0,02361	0,00874
61	0,02544	0,00969
62	0,02740	0,01080
63	0,02951	0,01205
64	0,03173	0,01340
65	0,03412	0,01485
66	0,03668	0,01640
67	0,03945	0,01810
68	0,04248	0,02002
69	0,04579	0,02223
70	0,04943	0,02484
71	0,05339	0,02787
72	0,05758	0,03130
73	0,06211	0,03515
74	0,06695	0,03931
75	0,07218	0,04380
76	0,07795	0,04874
77	0,08433	0,05430
78	0,09156	0,06076
79	0,09959	0,06823

## Roczne współczynniki ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego

Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	0,00043	0,00045
17	0,00049	0,00050

18	0,00056	0,00055
19	0,00066	0,00060
20	0,00076	0,00066
21	0,00087	0,00073
22	0,00095	0,00078
23	0,00104	0,00087
24	0,00111	0,00097
25	0,00118	0,00106
26	0,00126	0,00119
27	0,00133	0,00132
28	0,00141	0,00144
29	0,00151	0,00160
30	0,00164	0,00176
31	0,00176	0,00193
32	0,00192	0,00210
33	0,00209	0,00230
34	0,00228	0,00249
35	0,00251	0,00272
36	0,00277	0,00295
37	0,00308	0,00322
38	0,00343	0,00350
39	0,00382	0,00378
40	0,00426	0,00409
41	0,00475	0,00441
42	0,00531	0,00476
43	0,00594	0,00514
44	0,00664	0,00559
45	0,00743	0,00610
46	0,00833	0,00668
47	0,00932	0,00735
48	0,01043	0,00809
49	0,01165	0,00892
50	0,01301	0,00983
51	0,01450	0,01081
52	0,01614	0,01184
53	0,01796	0,01296
54	0,01996	0,01415
55	0,02215	0,01544
56	0,02453	0,01680
57	0,02708	0,01824
58	0,02978	0,01974
59	0,03265	0,02131

## Roczne współczynniki ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych Na Wypadek Powstania Niezdolności Do Pracy W Następstwie Niez szczęśliwego Wypadku Lub Choroby

Wiek	Mężczyzna	Kobieta
16	0,00160	0,00160
17	0,00160	0,00160
18	0,00160	0,00160
19	0,00160	0,00160
20	0,00160	0,00160
21	0,00172	0,00172
22	0,00185	0,00185
23	0,00193	0,00193
24	0,00202	0,00202
25	0,00210	0,00210
26	0,00214	0,00214
27	0,00221	0,00221
28	0,00225	0,00225
29	0,00231	0,00231
30	0,00235	0,00235
31	0,00242	0,00242
32	0,00248	0,00248
33	0,00255	0,00255
34	0,00260	0,00260
35	0,00272	0,00272
36	0,00281	0,00281
37	0,00294	0,00294
38	0,00309	0,00309
39	0,00326	0,00326
40	0,00344	0,00344
41	0,00364	0,00364

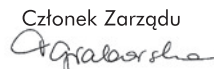
42	0,00386	0,00386	27	2,36040	2,23720
43	0,00410	0,00410	28	2,36040	2,23720
44	0,00435	0,00435	29	2,36040	2,23720
45	0,00465	0,00465	30	2,36040	2,23720
46	0,00496	0,00496	31	2,36040	2,23720
47	0,00538	0,00538	32	2,36040	2,23720
48	0,00587	0,00587	33	2,36040	2,23720
49	0,00650	0,00650	34	2,36040	2,23720
50	0,00729	0,00729	35	3,40200	2,66840
51	0,00830	0,00830	36	3,40200	2,66840
52	0,00953	0,00953	37	3,40200	2,66840
53	0,01103	0,01103	38	3,40200	2,66840
54	0,01284	0,01284	39	3,40200	2,66840
55	0,01495	0,01495	40	3,40200	2,66840
56	0,01760	0,01760	41	3,40200	2,66840
57	0,01960	0,01960	42	3,40200	2,66840
58	0,02174	0,02174	43	3,40200	2,66840
59	0,02402	0,02402	44	3,40200	2,66840
Roczne współczynniki ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu			45	4,51360	4,47440
Wiek	Mężczyzna	Kobieta	46	4,51360	4,47440
16	1,77800	1,67160	47	4,51360	4,47440
17	1,77800	1,67160	48	4,51360	4,47440
18	1,77800	1,67160	49	4,51360	4,47440
19	1,77800	1,67160	50	4,51360	4,47440
20	1,77800	1,67160	51	4,51360	4,47440
21	1,77800	1,67160	52	4,51360	4,47440
22	1,77800	1,67160	53	4,51360	4,47440
23	1,77800	1,67160	54	4,51360	4,47440
24	1,77800	1,67160	55	5,57480	5,51600
25	2,36040	2,23720	56	5,57480	5,51600
26	2,36040	2,23720	57	5,57480	5,51600
			58	5,57480	5,51600
			59	5,57480	5,51600

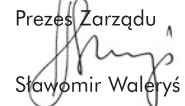
Roczny współczynnik ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Na Wypadek Trwałego Uszczerbku Na Zdrowiu Ubezpieczonego W Następcstwie Nieszczęśliwego Wypadku	0,0033
Roczny współczynnik ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następcstwie Nieszczęśliwego Wypadku	0,0014
Roczny współczynnik ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia Na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następcstwie Wypadku Komunikacyjnego	0,0007

**MIESIĘCZNE SKŁADKI ZA OCHRONĘ Z TYTUŁU DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO**

Wariant I	Wariant II	Wariant III
1,80 PLN	3,20 PLN	4,00 PLN

Tryb i sposób pobierania opłat zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12), ogólnymi warunkami ubezpieczeń dodatkowych oraz Regulaminem Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych. Opłaty kwotowe mogą być waloryzowane nie częściej niż raz w roku kalendarzowym.

Członek Zarządu  
  
 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
 Sławomir Waleryś

# REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH HDI-Gerling Życie TU SA

## § 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

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

## ROZDZIAŁ I ZASADY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH

### § 2. UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

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

### § 3. AKTYWA NETTO FUNDUSZU – WYCENA

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

### § 4. AKTYWA UBEZPIECZENIOWEGO FUNDUSZU KAPITAŁOWEGO – PORTFEL AKTYWÓW

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

### § 5. JEDNOSTKA UCZESTNICTWA

1. Jednostka Funduszu (w dalszej części Regulaminu zwana Jednostką) jest to wydzielona część Funduszu, dająca równe prawo do udziału w jego aktywach netto.
2. Jednostki tworzone są w momencie przekazania i alokowania składek ubezpieczeniowych oraz wpłat dodatkowych do aktywów Funduszu.
3. Fundusz podzielony jest na Jednostki o jednakowej wartości.
4. Wartość Jednostki w dniu wyceny równa jest ilorazowi wartości aktywów netto Funduszu oraz liczby wszystkich istniejących jednostek Funduszu.

5. Wartość, o której mowa w ust. 4, stanowi cenę umorzenia Jednostki.
6. Cena umorzenia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością nie mniejszą niż do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).
7. Jednostki ewidencjonowane są na indywidualnym rachunku.
8. Jednostki nie mogą być zbywane na rzecz osób trzecich oraz nie mogą być przedmiotem dziedziczenia.
9. Jednostki nie podlegają oprocentowaniu.

## NABYCIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

### § 6. PRZEKAZANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA NA INDYWIDUALNY RACHUNEK

1. Zakup Jednostek następuje po cenie nabycia i polega na przekazaniu Jednostek na indywidualny rachunek.
2. Cena nabycia kalkulowana jest jako iloczyn ceny umorzenia Jednostki, określonej w myśl § 5 ust. 5, oraz formuły:  $1 + x$ , gdzie „x” jest współczynnikiem ceny nabycia Jednostek.
3. Współczynnik „x”, o którym mowa w ust. 2, ustalany jest indywidualnie dla każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i podany jest w OWU.
4. Cena nabycia Jednostki kalkulowana jest z dokładnością nie mniejszą niż do dwóch miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).
5. Liczba Jednostek przekazanych na indywidualny rachunek kalkulowana jest jako iloraz wartości alokowanej składki ubezpieczeniowej lub alokowanej wpłaty dodatkowej wpłaconej przez ubezpieczającego oraz obowiązującej w danym dniu ceny nabycia określonej w § 6 ust. 2.
6. Jednostki przekazywane są na indywidualny rachunek w terminach wskazanych w OWU, z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).

### § 7. UMORZENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

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

### § 8. ZAMIANA (KONWERSJA) JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

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

### § 9. LIKWIDACJA FUNDUSZU

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

### § 10. OPŁATY I KOSZTY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

1. Opłaty związane z funkcjonowaniem każdego z funduszy oferowanych przez Towarzystwo wyszczególnione są w treści OWU oraz Wykazie Funduszy.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pomniejszania aktywów Funduszy o wszystkie koszty wynikające z procesu inwestowania, a w szczególności o opłaty i prowizje od zawartych transakcji, koszty prowadzenia rachunków i realizowanych przelewów, dokonywanych wycen, obowiązków informacyjnych wyszczególnionych w § 11 oraz kosztów wynikających z przechowywania aktywów Funduszu.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo pomniejszania wartości Funduszy z tytułu podatków obciążających przychody zrealizowane na aktywach każdego z Funduszy.

## § 11. OBOWIĄZKI INFORMACYJNE

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

## § 12. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla zmian Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Wszelkie kwestie prawne nie ujęte w niniejszym Regulaminie będą rozstrzygane zgodnie z przepisami prawa polskiego.
3. W przypadku sprzeczności poszczególnych postanowień niniejszego Regulaminu z treścią postanowień OWU stosować się będzie właściwe postanowienia OWU.
4. Niniejszy tekst Regulaminu, zatwierdzony uchwałą Zarządu nr 102/HDI/2008 z dnia 28 lipca 2008 r., wchodzi w życie z dniem 15 sierpnia 2008 r.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu



Zbigniew Czuszyński

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1. DEFINICJE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

1. **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
2. **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12);
3. **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
4. **suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego** – świadczenie wypłacane uprawnionemu na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dodatkowego;
5. **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
6. **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt.1).
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w czasie trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w pierwszym dniu najbliższego miesiąca polisowego, następującego po dniu złożenia ww. wniosku, w którym przypada termin płatności składki regularnej, zgodnie z częstotliwością opłacania składki regularnej.
3. Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez Ubezpieczającego wymagalnych składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, jeśli umowa ta wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust 2 i 3 ogólnych warunków.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął sześćdziesiątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas opłacania składek regularnych, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piątego roku życia.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach i obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
3. Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, objęty jest odpowiedzialnością Towarzystwa, jeśli nastąpił



w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo oraz w okresie sześciu miesięcy, licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

#### § 4. SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

1. Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
3. Składka za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień § 18 i § 25 ogólnych warunków.
4. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 5, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków w przypadkach tam określonych, świadczenia w wysokości 100% aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego sumy ubezpieczenia, ustalonej przez stronę w umowie ubezpieczenia podstawowego, niezależnie od świadczeń wypłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego i innych umów ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 2 ust. 6 ogólnych warunków.

#### § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - 1) zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
  - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
  - 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,
  - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, włączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych
  - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.

2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

#### § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

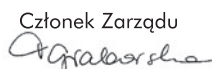
1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
  - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
  - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu,
  - 3) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

#### § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piątego roku życia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.
4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

#### § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu  
  
 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
 Sławomir Waleryś



## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO (INK 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego (INK 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1. DEFINICJE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12);
- ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 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;
- pojazd powietrzny** – samolot lub śmigłowiec realizujący połączenia lotnicze, należący do przewoźników zrzeszonych w IATA (Międzynarodowe Zrzeszenie Przewoźników Powietrznych);
- pojazd wodny** – statek lub prom dopuszczony w myśl właściwych przepisów do wykonywania drogą wodną przewozów wycieczkowych, transportowych, a także regularnych połączeń komunikacyjnych;
- suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego** – świadczenie wypłacane uprawnionemu na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- wypadek komunikacyjny** – nagłe zdarzenie, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną z udziałem pojazdu w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym, w następstwie którego Ubezpieczony jako uczestnik wypadku komunikacyjnego doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia lub zmarł, zaistniało niezależnie od woli Ubezpieczonego, które wystąpiło w czasie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego** – zgon Ubezpieczonego pozostający w związku przyczynowym z tym wypadkiem komunikacyjnym.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt.1).
- Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w czasie trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w pierwszym dniu najbliższego miesiąca polisowego, następującego po dniu złożenia ww. wniosku, w którym przypada termin płatności składki regularnej, zgodnie z częstotliwością opłacania składki regularnej.
- Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez Ubezpieczającego wymaganych składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, jeśli umowa ta wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust 2 i 3 ogólnych warunków.

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął sześćdziesiątego roku życia.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas opłacania składek regularnych, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piątego roku życia.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach i obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego.
- Zgon Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego objęty jest odpowiedzialnością Towarzystwa, jeśli nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo oraz w okresie sześciu miesięcy licząc od dnia wystąpienia wypadku komunikacyjnego.

### § 4. SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

- Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
- Składka za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 5, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków w przypadkach tam określonych, świadczenia w wysokości 100% aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego sumy ubezpieczenia, ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, niezależnie od świadczeń wypłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego i innych umów ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 2 ust. 6 ogólnych warunków.

### § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

- Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach, jeżeli przyczyną śmierci Ubezpieczonego był wypadek komunikacyjny, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
  - okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
  - uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wycyznowo 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, wyciągi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
  - samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,

- 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
  - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
  3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu wypadku komunikacyjnego jest wyłączona w przypadku zdarzeń zaistniałych bezpośrednio lub pośrednio wskutek prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu:
    - bez wymaganych uprawnień do kierowania pojazdem;
    - prowadzenia przez Ubezpieczonego pojazdu niedopuszczonego do ruchu lub bez ważnego badania technicznego;
    - umyślnego naruszenia zasad ruchu drogowego, wodnego lub powietrznego.

#### § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie wypadku komunikacyjnego na podstawie:
  - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
  - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu,
  - 3) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
  - 4) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

#### § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piątego roku życia.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania

Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.

4. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

#### § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego, zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Wypadku Komunikacyjnego zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu



Teresa Grabowska

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO (IPZ 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego (IPZ 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12), zawieranych przez HDI–Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1. DEFINICJE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- dzień zajścia zdarzenia** – za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania, przyjmuje się datę:
  - rozpoznanania choroby – w przypadku choroby,
  - przeprowadzenia zabiegu – w przypadku zabiegu,
  - wypadku – w przypadku poważnego zachorowania będącego następstwem wypadku,
  - przeprowadzenia zabiegu lub umieszczenia na liście biorców, w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza – w przypadku przeszczepu narządów;
- ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12);
- ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- poważne zachorowanie** – zdarzenie określone w § 3 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt. 1.
- Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 i 3 ogólnych warunków.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4 i 5.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego określonych poniżej rodzajów poważnych zachorowań:
  - nowotwór złośliwy,
  - operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (by-pass),
  - zawał serca,
  - schyłkowa niewydolność nerek,
  - udar mózgu,

- operacja aorty,
- operacja zastawek serca,
- paraliż,
- utrata wzroku,
- stwardnienie rozsiane (SM),
- przeszczep dużych narządów.

- nowotwór złośliwy** – choroba polegająca na występowaniu złośliwego, rozrastającego się w niekontrolowany sposób guza, rozprzestrzenianiu się komórek złośliwych oraz inwazji tkanek. Rozpoznanie musi być potwierdzone jednoznaczny wynik badania histopatologicznego. Termin „nowotwór” obejmuje także białaczkę oraz złośliwe choroby układu limfatycznego, takie jak ziarniaka złośliwa (choroba Hodgkina).

Wykluczone są:

- śródnabłonkowa neoplazja szyjki macicy (CIN) w każdym ze stadiów (I-III),
- wszelkie przypadki nowotworu przedzłośliwego,
- wszelkie przypadki nowotworu nieinwazyjnego,
- rak prostaty w fazie 1 (T1a, b lub c),
- rak podstawnokomórkowy skóry oraz rak kolczystokomórkowy skóry,
- czerniak złośliwy w stadium 1A (T1A, N0, M0),
- rak występujący u pacjenta, u którego stwierdzono obecność któregośkolwiek wirusa HIV.

- operacja pomostowania aortalno-wieńcowego (bypass)** – przebiecie operacji z otwarciem klatki piersiowej w celu korekcyjnej zwężenia lub całkowitej niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych, poprzez wszczepienie pomostów aortalno-wieńcowych. Konieczność przeprowadzenia tej operacji musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

Wykluczone są: przeszczepiona balonowa i/lub wszelkie zabiegi śródnaczyniowe; key-hole surgery.

- zawał serca** – martwica fragmentu mięśnia sercowego w następstwie niedostatecznego zaopatrzenia w krew tego obszaru. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wystąpienie wszystkich poniższych warunków:

- wywiad typowego bólu wieńcowego,
- wystąpienie nowych, dotychczas nie obserwowanych, typowych dla zawału serca nieprawidłowości w zapisie EKG,
- wzrost poziomu enzymów typowych dla martwicy mięśnia serca, troponin lub innych markerów biochemicznych.

Wykluczone są:

- zawał serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem poziomu Troponiny I lub T,
- inne ostre zespoły wieńcowe.

- schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowa faza choroby nerek przebiegająca z przewlekłą, nieodwracalną niewydolnością obu nerek, z powodu, której pacjent/ka jest regularnie poddawany hemodializie lub dializie otrzewnowej lub został/a poddany/a przeszczepowi nerki.

- udar mózgu** – każdy incydent naczyniowo-mózgowy powodujący następstwa neurologiczne trwające ponad 24 godziny, włączając zawał mózgu, krwotok i zator materiałem pochodzenia zewnątrzczaszkowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez wystąpienie typowego zespołu objawów klinicznych oraz badaniem tomograficznym lub rezonansem magnetycznym mózgu. Objawy deficytu neurologicznego muszą się utrzymywać przez okres co najmniej trzech miesięcy.

Wykluczone są:

- Przejsściowe ataki niedokrwienne mózgu,
- Pourazowe uszkodzenia mózgu,
- Objawy neurologiczne spowodowane migreną,
- Udar zatokowy (stan zatokowy – status lacunaris) bez objawów niedomogi neurologicznej.

- operacje aorty** – przebiecie operacji przeprowadzonej z powodu przewlekłego schorzenia aorty, wymagającego wycięcia i chirurgicznego zastąpienia zmienionego chorobowo odcinka aorty protezą naczyniową. Pod pojęciem „aorta” rozumie się odcinek piersiowy i brzuszny tętnicy głównej z wyłączeniem jej odgałęzień.

- operacja zastawek serca** – przebiecie chirurgiczna operacja na otwartym sercu, przeprowadzona w celu naprawy lub wymiany jednej lub więcej zastawek serca. Definicja obejmuje operacje na zastawce mitralnej, aortalnej trójdzielnej i płucnej, przeprowadzone z powodu ich zwężenia, niedomykalności lub skojarzenia tych nieprawidłowości.

Fakt przeprowadzenia operacji musi być potwierdzony przez specjalistę.

- 8) **paraliż** – całkowita i nieodwracalna utrata sprawności co najmniej dwóch kończyn na skutek paraliżu, który wystąpił w wyniku wypadku lub choroby rdzenia kręgowego. Wymaga się potwierdzenia przez lekarza specjalistę występowania paraliżu przez okres co najmniej trzech miesięcy. Wykluczone są:
  - paraliż na skutek zespołu Guillaina–Barre.
- 9) **utrata wzroku** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata widzenia w obu oczach, na skutek choroby lub wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez okulistę.
- 10) **stwardnienie rozsiane** – jednoznaczne ustalenie przez specjalistę neurologa rozpoznania stwardnienia rozsianego, poparte stwierdzeniem obecności typowego zespołu o objawach klinicznych demielinizacji oraz upośledzenia czynności ruchowych i czuciowych, jak również wykazaniem typowych nieprawidłowości w badaniu NMR układu nerwowego. Dla potwierdzenia rozpoznania Ubezpieczony musi wykazywać obecność nieprawidłowości neurologicznych przez ciągły okres nie krótszy niż sześć miesięcy, lub mieć dobrze udokumentowany wywiad co najmniej 2 zaostrzeń i remisji objawów chorobowych w odstępie co najmniej 1 miesiąca, lub przebyć przynajmniej jeden epizod udokumentowany klinicznie z wykazaniem typowych nieprawidłowości w obrazie NMR układu nerwowego i w płynie mózgowo-rdzeniowym.
- 11) **przeszczep dużych narządów** – przebycie jako biorca przeszczepu jednego z wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, jelita cienkiego, szpiku kostnego.

#### § 4. SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

1. Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego aktualnej na dzień ustalenia składki oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka zależy od płci i jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego na dzień, w którym opłata jest należna.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
3. Składka za ochronę z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
4. Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków, w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość rocznego współczynnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka.
5. W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czternastu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 4, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia Ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.
6. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu lub,

w przypadku śmierci Ubezpieczonego, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, świadczenia w wysokości:

- w przypadku pierwszego zachorowania 50%
  - w przypadku każdego kolejnego zachorowania 25% aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego.
7. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania wyłącznie jeden raz za poważne zachorowanie tego samego rodzaju. Poważne zachorowanie tego samego rodzaju jest to poważne zachorowanie zdefiniowane w jednym punkcie spośród poważnych zachorowań wyszczególnionych w § 3 ust. 2 powyżej.
  8. Łączna kwota świadczeń, o których mowa w ust. 6 powyżej, wypłaconych przez Towarzystwo w czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnych zachorowań nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego.

#### § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w przypadku poważnych zachorowań, które:
  - 1) wystąpiły lub zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w ciągu trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego;
  - 2) są następstwem chorób lub stanów, które wystąpiły lub zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego przed objęciem go odpowiedzialnością Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w ciągu trzech miesięcy od dnia zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.

Za początkowy dzień wystąpienia lub datę diagnozy u Ubezpieczonego poważnego zachorowania rozumie się dzień określony w myśl § 1 pkt. 6 ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego zaistniało bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - 1) zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
  - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy, uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów, w szczególności takich, jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szymbownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
  - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania spełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
- 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
  4. Jeżeli Ubezpieczony zmarł na skutek poważnego zachorowania przed upływem trzydziestu dni od daty wystąpienia poważnego zachorowania, to świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego nie jest należne. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to Towarzystwo jest uprawnione do pomniejszenia świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego na podstawie ogólnych warunków o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

#### § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego na podstawie:
  - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
  - 2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. O wystąpieniu poważnego zachorowania Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo 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.

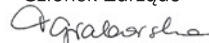
#### § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa udzielanej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się po upływie trzech miesięcy, licząc od dnia zawarcia niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

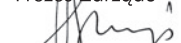
#### § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu

  
Teresa Grabowska

Prezes Zarządu

  
Sławomir Walejś

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH NA WYPADEK POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO PRACY W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU LUB CHOROBY (IOS 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych Na Wypadek Powstania Niezdolności Do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby (IOS 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1. DEFINICJE

W niniejszych Ogólnych Warunkach wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- choroba** – stan organizmu Ubezpieczonego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący konieczność pobytu w szpitalu;
- dzień zajścia zdarzenia** – w zależności od przyczyny powstania niezdolności do pracy data:
  - rozpoznania choroby – w przypadku choroby,
  - nieszczęśliwego wypadku – w przypadku nieszczęśliwego wypadku;
- niezdolność do pracy** – trwała, całkowita niezdolność do wykonywania jakiegokolwiek pracy przez okres co najmniej 6 miesięcy, przypadający na czas obowiązywania umowy ubezpieczenia dodatkowego;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę niezdolności do pracy Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapitał” (IFK 12);
- ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta przez Towarzystwo wyłącznie z Ubezpieczającym będącym tą samą osobą co Ubezpieczony.
- Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt.1). Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków.
- Towarzystwo wyrazi zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 3 ust 2 i 3 ogólnych warunków.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta przez Ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpie-

czenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4 i 5.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego niezdolności do pracy w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub choroby.

### § 4. SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

- Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy składek należnych w okresie od miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, za który ustalana jest składka za ochronę do końca okresu opłacania składek regularnych, oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka zależy od płci i jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego na dzień, w którym składka jest należna.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
- Składka za ochronę z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
- Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość rocznego współczynnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka.
- W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czterdziestu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 4, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia Ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną, odpowiedzialność Towarzystwa polega na przejściu obowiązku opłacania składki regularnej aktualnej na dzień zajścia zdarzenia, należnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego przez okres niezdolności do pracy Ubezpieczonego, licząc od siódmego miesiąca po zajściu zdarzenia, ale nie dłużej niż do końca okresu opłacania składek regularnych, chyba że wcześniej nastąpi zdarzenie, z którym ogólne warunki wiążą skutek wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego. Umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli były zawarte, wygasają z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.
- Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 6 powyżej, pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego należnych składek regularnych do dnia powstania ww. obowiązku.
- W okresie przejścia opłacania składek regularnych przez Towarzystwo wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego nie ulegają zmianom.
- W okresie opłacania składki regularnej przez Towarzystwo mają zastosowanie odpowiednie postanowienia ogólnych warunków dotyczące opłat i kosztów.



## § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli przyczyną niezdolności do pracy Ubezpieczonego była choroba, która zaistniała przed objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością lub w okresie do trzydziestu dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli przyczyną niezdolności do pracy Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek lub choroba, które zaistniały bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - 1) zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
  - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
  - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco 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,
  - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
  - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli niezdolność do pracy Ubezpieczonego powstała przed objęciem Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Towarzystwo nie ponosi również odpowiedzialności, jeżeli zdarzenie, w którego następstwie Ubezpieczony stał się niezdolny do pracy, nastąpiło przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego.

## § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składki regularnej na podstawie:

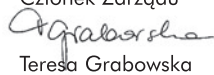
- 1) dokumentacji medycznej leczenia, w szczególności karty informacyjnej pobytu w szpitalu, o ile nastąpił pobyt w szpitalu,
  - 2) orzeczenia podmiotu uprawnionego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, do orzekania o wystąpieniu trwałej, całkowitej niezdolności do pracy, potwierdzające niezdolność do pracy Ubezpieczonego,
  - 3) ewentualnej decyzji o przyznaniu lub odmowie przyznania renty z tytułu trwałej całkowitej niezdolności do pracy,
  - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
  - 5) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. O wystąpieniu i postaci niezdolności do pracy ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo może uzależnić spełnienie 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 przejścia obowiązku opłacania składek regularnych Towarzystwo, na swój koszt, ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie w celu ustalenia aktualnego stanu jego zdrowia.

## § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu niezdolności Ubezpieczonego do pracy będącej następstwem choroby rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

## § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r., wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu  
  
 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
 Sławomir Walęś

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITU 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITU 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital”, HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1. DEFINICJE

W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12);
- ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- trwały uszczerbek na zdrowiu** – nieodwracalne, według wiedzy medycznej, upośledzenie czynności narządu lub układu organizmu Ubezpieczonego będące następstwem nieszczęśliwego wypadku – zwany dalej także trwałym uszczerbkiem;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt.1).
- Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w pierwszym dniu najbliższego miesiąca polisowego, następującego po dniu złożenia ww. wniosku, w którym przypada termin płatności składki regularnej, zgodnie z częstotliwością opłacania składki regularnej.
- Warunkiem wyrażenia zgody przez Towarzystwo na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest opłacenie przez Ubezpieczającego wymagalnych składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, jeśli umowa ta wcześniej była zawarta, z zastrzeżeniem postanowień § 3 ust 2 i 3 ogólnych warunków.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął sześćdziesiątego roku życia.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust. 4 i 5.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie Ubezpieczonego.

- Zakres ubezpieczenia określany jest w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i obejmuje wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

### § 4. SKŁADKA ORAZ WYSOKOŚĆ ŚWIADCZENIA

- Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, ale nie więcej niż 200 000 (dwieście tysięcy) złotych, oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
- Składka za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
- Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej załącznik nr 1 do ogólnych warunków w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość rocznego współczynnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka.
- W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czterech dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 4, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia Ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.
- Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
  - nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo względem Ubezpieczonego, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego,
  - do trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego doszło przed upływem sześciu miesięcy od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo i wypadek ten stanowił wyłączną przyczynę powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, świadczenia w wysokości 1% aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia za każdy 1% uszczerbku na zdrowiu, o ile ustalony procent trwałego uszczerbku w wyniku jednego nieszczęśliwego wypadku nie będzie niższy niż 7%.
- Wysokość świadczenia za 1% uszczerbku na zdrowiu nie może przekroczyć 2 000 (dwa tysiące) złotych.
- Łączny procent trwałego uszczerbku, stanowiący podstawę do wypłaty świadczenia orzeczonej przez Towarzystwo z tytułu jednego bądź wielu nieszczęśliwych wypadków, nie może przekroczyć w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia dodatkowego 100%. W przypadku gdy procent ten jest wyższy niż 100% odpowiedzialność Towarzystwa ograniczona jest do wypłaty świadczenia za 100% uszczerbku na zdrowiu. Powyższe ograniczenie odpowiedzialności Towarzystwa stosuje się także do całego okresu trwania odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.

## § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach, jeżeli przyczyną trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - 1) zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
  - 2) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy, 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,
  - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych
  - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
4. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w okresie do sześciu miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku, na skutek którego wystąpił u Ubezpieczonego trwały uszczerbek na zdrowiu, to świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego nie jest należne. Jeżeli świadczenie to zostało już wypłacone, to Towarzystwo jest uprawnione do pomniejszenia świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego wypłacanego na podstawie ogólnych warunków o świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
5. W przypadku gdy trwały uszczerbek na zdrowiu Ubezpieczonego powstał w obrębie narządu, organu lub zmysłu, którego funkcje przed dniem nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, stopień trwałego uszczerbku, jakiego doznał Ubezpieczony, ustalany jest jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu, organu lub zmysłu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
6. Jeżeli w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu występuje kolejny trwały uszczerbek, świadczenie Towarzystwa wypłacane jest w wysokości różnicy pomiędzy wartością wyliczonego świadczenia a wartością świadczenia już wypłaconego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałego uszczerbku w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu.

## § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie

umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
  - 1) dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie trwałego uszczerbku,
  - 2) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
  - 3) zaświadczenia o zakończeniu leczenia wystawionego przez lekarza prowadzącego,
  - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. O wystąpieniu i stopniu trwałego uszczerbku na zdrowiu Ubezpieczonego Towarzystwo decyduje na podstawie uzyskanej dokumentacji. Towarzystwo 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 po wyjaśnieniu wszystkich okoliczności pozwalających na ustalenie stopnia trwałego uszczerbku z uwzględnieniem zalecanego przez lekarza leczenia powypadkowego.

## § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem opłacenia składek z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, wygasa w dniu zajścia zdarzenia, w przypadku gdy procent orzeczonego trwałego uszczerbku z tytułu tego zdarzenia osiągnie 100% bądź gdy łącznie procent trwałego uszczerbku z tytułu tego zdarzenia oraz procenty wcześniej orzeczonych trwałych uszczerbków osiągną w sumie 100%.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piątego roku życia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

## § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu

  
Teresa Grabowska

Prezes Zarządu

  
Sławomir Walejski



## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 12)

Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego (IAS12), zwane dalej OWDU, stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12), zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12), zwanych dalej ogólnymi warunkami.

### § 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- centrum operacyjne (świadczeniodawca): Mondial Assistance sp. z o.o.** – przedstawiciel Towarzystwa udzielającego świadczeń assistance, którego adres i numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonego przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- choroba** – schorzenie lub nieprawidłowość w funkcjonowaniu, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu narządów ciała Ubezpieczonego, niezależnie od czyjejkolwiek woli, powstałe w wyniku patologii, co do której lekarz może postawić diagnozę;
- choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 (dwunastu) miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- ciężkie zachorowanie** – przypadek medyczny, uznawany za stan krytyczny zagrażający życiu Ubezpieczonego, przewlekły, a także stan zdrowia mający niekorzystny wpływ na jakość życia osoby, rozpoznany przez lekarza;
- infolinia medyczna** – telefoniczna rozmowa z lekarzem konsultantem centrum operacyjnego, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli Ubezpieczonemu ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje medyczne nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane, jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego, który ich udzielił, lub Towarzystwa;
- inwalidztwo** – fizyczne uszkodzenie ciała lub utrata zdrowia Ubezpieczonego, będące następstwem nieszczęśliwego wypadku, które stało się przyczyną trwającego nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy utrudnienia w wykonywaniu dotychczasowej pracy zarobkowej, orzeczone przez lekarza orzecznika ZUS i potwierdzone przez lekarza uprawnionego;
- lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu pobytu Ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki;
- placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA;
- ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego;
- Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń assistance;
- wypadek lub nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe niezależnie od woli Ubezpieczonego, które wystąpiło w czasie udzielania mu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia, przy czym za wypadek nie są uważane choroby, wliczając w to zawał serca, udar mózgu oraz inne choroby o nagłym przebiegu;
- zdarzenie** – wystąpienie u Ubezpieczonego choroby zdefiniowanej w pkt 2) lub obrażeń ciała w następstwie wypadku w okresie udzielanej ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 16) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z trudnych sytuacji losowych

wymienionych w tym punkcie. W przypadku świadczenia o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt. 15) za zdarzenie uznaje się ciężkie zachorowanie.

### § 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w czasie trwania umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w najbliższą rocznicę polisy po złożeniu ww. wniosku.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 3 ust. 3 i 4.
- W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu ubezpieczenia dodatkowego Towarzystwo spełni świadczenie jedynie w przypadku, gdy zdarzenie nastąpiło wskutek bezpośrednich lub pośrednich przyczyn zaistniałych w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu niniejszego ubezpieczenia.
- Zakres ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia:
  - udzielenie pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia,
  - udzielenie pomocy w przypadku utraty pracy przez Ubezpieczonego, tj. otrzymanie oświadczenia o wypowiedzeniu przez Pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących Pracodawcy (w szczególności: ekonomicznych, produkcyjnych, zmian organizacyjnych albo technologicznych, upadłości czy likwidacji zakładu pracy, zwolnień grupowych),
  - zdrowotne usługi informacyjne,
  - infolinia „Baby assistance”.
- Zakres ubezpieczenia jest uzależniony od wariantu ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu w ramach danego wariantu określone są w Tabeli Świadczeń, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWDU.
- W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
  - wizyta lekarza w związku z wypadkiem** - organizacja i pokrycie kosztów wizyt lekarskich w placówce medycznej lub zorganizowanie i pokrycie kosztów dojazdów i honorariów lekarza do miejsca pobytu Ubezpieczonego,;
  - wizyta pielęgniarki w związku z wypadkiem** – organizacja i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca pobytu Ubezpieczonego i honorariów pielęgniarki;
  - dostarczenie leków** – dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia objętego ochroną wymaga leżenia;
  - transport medyczny do placówki medycznej** – transport z miejsca pobytu do odpowiedniej placówki medycznej wskazanej przez lekarza uprawnionego, w przypadku zajścia zdarzenia wymagającego pobytu Ubezpieczonego w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - transport medyczny z placówki medycznej** – transport z placówki medycznej do miejsca zamieszkania w przypadku, gdy w następstwie zdarzenia Ubezpieczony przebywał w placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - transport medyczny między placówkami medycznymi** – transport z placówki medycznej do innej placówki medycznej w przypadku gdy:
    - placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia;
    - Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany, o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu;
  - osobisty asystent** – usługa obejmująca w zależności od wskazań lekarza uprawnionego i woli Ubezpieczonego zorganizowanie osoby, która będzie towarzyszyć Ubez-

- pieczonemu podczas transportu medycznego i będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w szpitalu;
- 8) **wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego** – organizacja wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego, jeżeli w następstwie zdarzenia Ubezpieczony, zgodnie ze wskazaniem lekarza prowadzącego, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego w miejscu pobytu. Towarzystwo zapewnia podanie informacji, dotyczących placówek handlowych lub wypożyczalni oferujących sprzęt rehabilitacyjny, oraz pokrycie kosztów wypożyczenia lub zakupu sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 9) **transport sprzętu rehabilitacyjnego** – organizacja i pokrycie kosztów dostarczenia do miejsca pobytu Ubezpieczonego sprzętu rehabilitacyjnego;
  - 10) **organizacja procesu rehabilitacyjnego** – zorganizowanie oraz pokrycie kosztów wizyt fizykoterapeuty w miejscu pobytu Ubezpieczonego, albo zorganizowanie i pokrycie kosztów transportu do poradni rehabilitacyjnej oraz wizyt w poradni rehabilitacyjnej;
  - 11) **pomoc domowa i pielęgnarska po hospitalizacji** – zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki domowej i pielęgnarskiej w miejscu pobytu Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 (pięciu) dni po zakończeniu hospitalizacji trwającej powyżej 3 (trzech) dni w związku ze stwierdzoną przez lekarza uprawnionego, medycznie uzasadnioną koniecznością pomocy w miejscu pobytu Ubezpieczonego. Opieka obejmuje podawanie posiłków, wykonanie zabiegów pielęgnarskich, pomoc w robieniu zakupów, porządków, pomoc w dziedzinie higieny osobistej;
  - 12) **opieka nad dziećmi Ubezpieczonego i osobami niesamodzielnymi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
    - a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
    - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);  
Centrum operacyjne świadczy powyższe usługi wymienione w pkt 12) ppkt a) i b) po uzyskaniu przez lekarza centrum operacyjnego informacji ze szpitala co do przewidywanego czasu hospitalizacji oraz gdy istnieje możliwość skontaktowania się z osobą wyznaczoną do opieki.  
W przypadku gdy centrum operacyjnemu nie udało się skontaktować z osobą wyznaczoną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zgłoszenia roszczenia przez Ubezpieczonego pod wskazanym przez Ubezpieczonego adresem lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych pod literą a) lub b) Towarzystwo:
    - c) zorganizuje i pokryje koszty opieki nad dziećmi Ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego przez okres maksymalnie 5 (pięciu) dni. Jeżeli będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną.  
Świadczenia usług, o których mowa w pkt 12) ppkt a), b) i c) są realizowane na wniosek Ubezpieczonego i za jego pisemną zgodą oraz w sytuacji, gdy w miejscu zamieszkania Ubezpieczonego nie ma żadnej osoby, która mogłaby taką opiekę zapewnić;
  - 13) **transport dzieci Ubezpieczonego i osób niesamodzielnymi** – w sytuacji, gdy Ubezpieczony przebywa w szpitalu przez okres dłuższy niż 3 dni, Towarzystwo zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów:
    - a) przewozu dzieci Ubezpieczonego w towarzystwie osoby uprawnionej przez Towarzystwo do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy);
    - b) przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi Ubezpieczonego/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania Ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy).
  - 14) **dostosowanie miejsca pracy** – usługa obejmująca organizację i pokrycie kosztów przystosowania miejsca pracy Ubezpieczonego (modyfikacji pojazdów, instalacji ramp, zakupu specjalistycznego oprogramowania), jeżeli w wyniku nieszczęśliwego wypadku doznał on trwałego inwalidztwa o którym mowa w § 1 pkt. 7). Towarzystwo pokrywa koszty dostosowania miejsca pracy do kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego zdarzenia;
  - 15) **konsylium lekarskie** – centrum operacyjne w przypadku zaistnienia zdarzenia zobowiązuje się do:
    - a) zorganizowania i pokrycia kosztów powtórnej konsultacji medycznej przez wskazanego przez centrum operacyjne lekarza – konsultanta będącego uznanym specjalistą w zakresie problemu medycznego, którego konsultacja dotyczy, na podstawie zebranej i dostarczonej przez Ubezpieczonego dokumentacji medycznej;
    - b) zorganizowania i pokrycia kosztów ewentualnych badań diagnostycznych zleconych przez lekarza konsultanta;
    - c) pośredniczenia w kontaktach pomiędzy Ubezpieczonym a lekarzem konsultantem;
    - d) sporządzenia powtórnej opinii medycznej na podstawie odbytych konsultacji;
    - e) przesłania do Ubezpieczonego powtórnej opinii medycznej;
 Usługi, o których mowa w pkt. 15 ppkt. d) mają charakter informacyjny i nie mogą być podstawą do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub Towarzystwa.
  - 16) **pomoc psychologa** – organizacja i pokrycie kosztów wizyt u psychologa, jeżeli na skutek zajścia zdarzenia takiego jak:
    - a) zgon Małżonka Ubezpieczonego,
    - b) zgon Dziecka Ubezpieczonego,
    - c) zgon Rodziców Ubezpieczonego,
    - d) zgon Rodziców Małżonka Ubezpieczonego,
    - e) wystąpienie u Ubezpieczonego choroby lub choroby przewlekłej, będzie wskazana, zdaniem lekarza uprawnionego, konsultacja z psychologiem.
  8. O celowości organizacji usług i pokrycia kosztów, o których mowa w ust. 5, decyduje lekarz uprawniony.
  9. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego przekroczy limit kosztów określony w niniejszych warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile Ubezpieczony wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztem faktycznym a zagwarantowanym przez Towarzystwo limitem kosztów.
  10. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 2) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
    - 1) **pakiet informacyjny** – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili dostarczenia przez Ubezpieczonego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących pracodawcy wysłała do Ubezpieczonego drogą elektroniczną zestaw materiałów informacyjnych zawierający:
      - a) instrukcje dotyczące pisania CV oraz wzór życiorysu (Curriculum Vitae – CV);
      - b) instrukcje dotyczące pisania listu motywacyjnego, (jego prawidłowy zakres, treść oraz sposób przygotowania) oraz wzór listu motywacyjnego;
      - c) instrukcje dotyczące pisania biznes planu tworzonego przy zakładaniu działalności gospodarczej oraz wzór biznes planu.
    - 2) **informacja telefoniczna** – Ubezpieczony ma możliwość skorzystania z całodobowego, telefonicznego dostępu do informacji:
      - a) kiedy i w jakiej wysokości przysługują odprawy pieniężne pracownikom zwalnianym z przyczyn leżących po stronie pracodawcy;
      - b) komu, kiedy i w jakiej wysokości przysługują świadczenia przedemerytalne;
      - c) prawa i obowiązki bezrobotnych;
      - d) rejestracja w urzędzie pracy;
      - e) komu i kiedy przysługuje prawo do zasiłku dla bezrobotnych;
      - f) sposób ustalania wysokości zasiłku dla bezrobotnych;
      - g) inne formy pomocy udzielanej osobom bezrobotnym;
      - h) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej;
      - i) dane teled adresowe biur pośrednictwa pracy oferujących pracę poza granicami Rzeczypospolitej Polskiej;
      - j) dokumenty i procedury, konieczne do rozpoczęcia i rejestracji działalności gospodarczej;
    - 3) **aktywne poszukiwanie pracy** – centrum operacyjne w terminie do 14 dni od chwili otrzymania od Ubezpieczonego

listu motywacyjnego oraz CV przekazuje niniejsze dokumenty do trzech renomowanych biur pośrednictwa pracy specjalizujących się w aktywnym poszukiwaniu pracy na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, które po otrzymaniu ww. dokumentów rozpoczynają proces wyszukiwania ofert pracy odpowiednich dla Ubezpieczonego, bazując na ocenie przesłanego CV oraz listu motywacyjnego. Z chwilą znalezienia oferty pracy biura pośrednictwa (lub centrum operacyjne) niezwłocznie przesyłają ofertę Ubezpieczonemu. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do przekazywania informacji między biurem pośrednictwa a Ubezpieczonym przez okres 6. miesięcy liczącym od dnia zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;

- 4) **pomoc psychologa po utracie pracy** – centrum operacyjne zapewnia Ubezpieczonemu organizację i pokrycie kosztów konsultacji z psychologiem do wysokości 500 PLN. Termin i miejsce wizyty uzgadnia centrum operacyjne z Ubezpieczonym.  
Ubezpieczyciel na wniosek Ubezpieczonego świadczy poprzez centrum operacyjne usługi informacyjne, dotyczące możliwości dalszego korzystania z poradni zdrowia psychicznego w ramach ubezpieczenia społecznego przez okres 6. miesięcy od daty zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;  
Warunkiem uzyskania świadczeń wymienionych w ust. 10 pkt. 1), 2), 3), 4) jest dostarczenie do centrum operacyjnego kopii oświadczenia o wypowiedzeniu przez pracodawcę umowy o pracę z Ubezpieczonym z przyczyn dotyczących pracodawcy z zachowaniem postanowień § 5.
11. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 3) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu:
  - 1) informowanie o placówkach medycznych w razie choroby lub wypadku, do których doszło poza miejscem zamieszkania;
  - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp.;
  - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne;
  - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny;
  - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych;
  - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu;
  - 7) dostęp do infolinii medycznej.
12. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 4) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu dostęp do informacji o:
  - 1) objawach ciąży,
  - 2) badaniach prenatalnych,
  - 3) wskazówkach w zakresie przygotowania się do porodu,
  - 4) szkołach rodzenia,
  - 5) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,
  - 6) karmieniu noworodka,
  - 7) obowiązkowych szczepieniach dzieci,
  - 8) pielęgnacji noworodka.
13. Wymienione w § 2 ust. 7-10 usługi (organizacja usług i pokrycie kosztów) świadczone są do łącznego limitu 1000 PLN dla Wariantu I, 1500 PLN dla Wariantu II oraz 2000 PLN dla Wariantu III, z zastrzeżeniem, że kwoty wymienione w ust. 7 pkt. 14) oraz ust. 10 pkt. 4) zawierają się w tych limitach. Limity kosztów mogą być wykorzystywane wielokrotnie, pod warunkiem że odnoszą się do różnych zdarzeń.
14. Niniejsze Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego obowiązują na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

### § 3. SKŁADKA

1. Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu niniejszej umowy zależy od wybranego wariantu ubezpieczenia określonego w tabeli i została podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków.
2. Miesięczna składka za ochronę z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień § 18 i § 25 ogólnych warunków.
3. Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości składki za ochronę z tytułu ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu ubezpieczenia dodatkowego przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość składki za ochronę, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na nową wysokość składki za ochronę.

4. W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość składki za ochronę jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czternastu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 3, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia Ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużaniu ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.

### § 4. REALIZACJA ŚWIADCZEŃ

1. W przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do telefonicznego skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym całą dobę.
2. Osoba kontaktująca się z centrum operacyjnym powinna podać następujące informacje dotyczące Ubezpieczonego:
  - 1) imię i nazwisko;
  - 2) numer PESEL;
  - 3) adres zamieszkania;
  - 4) numer polisy;
  - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy;
  - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego oraz
  - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia do centrum operacyjnego wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
4. W przypadku gdy Ubezpieczony nie wypełnia obowiązków określonych w niniejszych warunkach, Towarzystwo ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
5. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub siły wyższej, Ubezpieczony nie mógł skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszt świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo może zwrócić Ubezpieczonemu w całości bądź części poniesione przez niego koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 (pięciu) dni od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po ich zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniosłoby w przypadku zorganizowania świadczeń, w oparciu o niniejsze warunki, we własnym zakresie.

### § 5. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

Odpowiedzialność Towarzystwa jest wyłączona, jeżeli zdarzenie nastąpiło na skutek lub w związku z okolicznościami niewskazanymi w niniejszych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, i ponadto nie obejmuje:

- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 4 ust 5 lub
- 4) kosztów zakupu leków (Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach) lub
- 5) kosztów powstałych z tytułu lub w następstwie:
  - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii zorganizowanej zarówno bez uzgodnienia z centrum operacyjnym jak i po uzgodnieniu z centrum operacyjnym, zabiegów ze wskazanymi estetycznymi, helioterapii lub
  - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru lub
  - c) pozostawiania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia lub
  - d) chorób psychicznych lub
  - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub
  - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej, w szczególności: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spa-



- g) dochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szymbownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych lub działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego lub pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi lub
- h) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza lub
- i) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności lub
- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) lub
- k) chorób przewlekłych, z wyjątkiem świadczenia, o którym mowa w § 2 ust. 7 pkt 16) ppkt e).

#### § 6. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa:


- a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.
3. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia zawartą na podstawie OWDU ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków.
  4. W kwestiach nieuregulowanych w niniejszych OWDU mają odpowiednio zastosowanie postanowienia ogólnych warunków, o ile niniejsze OWDU nie stanowią inaczej.
  5. Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego zostały uchwalone przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna uchwałą Nr 47/HDI/2009 z dnia 5 lutego 2009 r. i wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r.

## ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 12) „TABELA ŚWIADCZEŃ”

Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zakres świadczeń	Limity		
		Wariant I	Wariant II	Wariant III
<b>nieszczęśliwy wypadek lub choroba</b>				
	transport medyczny do placówki medycznej	x	x	x
	transport medyczny z placówki medycznej	x	x	x
	transport medyczny między placówkami medycznymi	–	x	x
	osobisty asystent	–	x	x
	dostarczanie leków	x	x	x
	wypożyczenie lub zakup sprzętu rehabilitacyjnego	–	x	x
	transport sprzętu rehabilitacyjnego	–	x	x
	organizacja procesu rehabilitacyjnego	–	–	x
	pomoc domowa i pielęgnarska po hospitalizacji	–	x	x
	opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi	–	–	x
	transport dzieci i osób niesamodzielných	–	–	x
<b>nieszczęśliwy wypadek</b>				
	wizyta lekarza	x	x	x
	wizyta pielęgniarki	x	x	x
trudna sytuacja losowa	pomoc psychologa	–	x	x
ciężkie zachorowanie	konsylium lekarskie	–	–	x
nieszczęśliwy wypadek skutkujący inwalidztwem	dostosowanie miejsca pracy	–	–	1 000 PLN
utrata pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy	utrata pracy (pakiet informacyjny, informacja telefoniczna, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy)	–	500 PLN dotyczy pomocy psychologa	500 PLN dotyczy pomocy psychologa
<b>niezależnie od wystąpienia zdarzenia</b>				
	infolinia medyczna	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	zdrowotne usługi informacyjne	bez limitu	bez limitu	bez limitu
	baby assistance	bez limitu	bez limitu	bez limitu
<b>Łączny limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe:</b>		<b>1 000 PLN</b>	<b>1 500 PLN</b>	<b>2 000 PLN</b>

- x oznacza, iż wariant obejmuje określone świadczenie zgodnie z limitem określonym w OWDU dla danego wariantu,  
– oznacza, iż wariant nie obejmuje danego świadczenia.

Członek Zarządu  
  
Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
Sławomir Walejnyś

## OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POBYTU UBEZPIECZONEGO W SZPITALU (IPS 12)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu (IPS 12) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 6 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna, zwane dalej Towarzystwem.

### § 1 DEFINICJE

W niniejszych Ogólnych Warunkach wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:

- choroba** – stan organizmu Ubezpieczonego polegający na nieprawidłowej reakcji układów lub narządów na bodźce środowiska zewnętrznego lub wewnętrznego, powodujący konieczność pobytu w szpitalu;
- dzień zajścia zdarzenia** – przyjmuje się datę rozpoczęcia hospitalizacji;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę pobytu Ubezpieczonego w szpitalu; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Kapital” (IFK 12);
- ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- pobyt w szpitalu (hospitalizacja)** – całodobowy pobyt na oddziale szpitalnym służącym zachowaniu, przywracaniu lub poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego, spowodowany chorobą lub wypadkiem. Za hospitalizację nie uważa się leczenia objętego zabiegami z wykorzystaniem naturalnych surowców leczniczych oraz urządzeń lecznictwa uzdrowiskowego, świadczeń profilaktycznych i edukacji zdrowotnej;
- szpital** – działający na podstawie przepisów prawa publiczny lub niepubliczny zamknięty zakład opieki zdrowotnej, zapewniający świadczenia zdrowotne całodobowo, którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych, dysponujący odpowiednim zapleczem diagnostycznym i leczniczym oraz zatrudniający personel medyczny w pełnym wymiarze godzin. W rozumieniu niniejszych warunków za szpital nie uważa się: domu opieki, oddziału dziennego, jednostek ratownictwa medycznego, szpitala psychiatrycznego, hospicjum oraz placówek, których zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień, ośrodka rehabilitacyjnego, ośrodków wypoczynkowych, szpitala uzdrowiskowego, sanatorium, nawet jeśli stanowią integralną część szpitala;
- świadczenie szpitalne** – świadczenie pieniężne, wypłacane przez Towarzystwo Ubezpieczonemu z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, w rozumieniu pkt. 6) powyżej, w formie stawki dziennej;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1.

### § 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Towarzystwem umowę na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w § 1 pkt.1).
- Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego, z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 i 3 ogólnych warunków.
- Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o za-

warcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął szesnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.

- Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaże drugiej stronie oświadczenia o braku zgody na odnowienie umowy ubezpieczenia dodatkowego w okresie trzydziestu dni przed upływem okresu, o którym mowa powyżej, z zastrzeżeniem § 4 ust.4 i 5.

### § 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

- Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie Ubezpieczonego.
- Zakres ubezpieczenia określony jest w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i obejmuje pobyt Ubezpieczonego w szpitalu, w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, spowodowany nieszczęśliwym wypadkiem lub chorobą.

### § 4. SKŁADKA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

- Wysokość miesięcznej składki za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn świadczenia szpitalnego za jeden pełny dzień pobytu w szpitalu, zgodnie z wybranym wariantem określonym w umowie ubezpieczenia dodatkowego, oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka zależy od płci i jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego na dzień, w którym opłata jest należna.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
- Składka za ochronę z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku, z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
- Towarzystwo uprawnione będzie do zmiany wysokości rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, w rocznicę polisy. W takim przypadku Towarzystwo w terminie trzydziestu dni przed końcem okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia dodatkowego, przedstawi Ubezpieczającemu na piśmie proponowaną wysokość rocznego współczynnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa powyżej, traktowany jest jako zgoda Ubezpieczającego na nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka.
- W przypadku gdy Ubezpieczający nie wyrazi zgody na proponowaną nową wysokość rocznego współczynnika ryzyka jest on zobowiązany poinformować Towarzystwo na piśmie o swojej decyzji, najpóźniej w terminie czternastu dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem przekazania przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 4, w terminie tam określonym. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione jest do złożenia Ubezpieczającemu w terminie najpóźniej 7 dni przed najbliższą rocznicą polisy oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok polisowy.
- Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu lub w przypadku śmierci Ubezpieczonego osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, świadczenia szpitalnego określonego w § 1 pkt. 10), w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia dodatkowego spośród czterech poniższych wariantów:
 

I.	50 PLN
II.	100 PLN
III.	200 PLN
IV.	400 PLN

 za każdy pełny dzień pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeśli pobyt ten trwał nieprzerwanie przez co najmniej 5 pełnych dni, z zastrzeżeniem ust. 7 poniżej. W czasie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego wybrany wariant wysokości świadczenia szpitalnego nie może ulec zmianie.
- Jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu spowodowany był następstwami nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ

Ubezpieczony, świadczenie szpitalne przysługuje od pierwszego pełnego dnia pobytu w szpitalu.

#### § 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Świadczenie szpitalne z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu przysługuje Ubezpieczonemu za okres maksymalnie dziewięćdziesięciu pełnych dni pobytu w szpitalu w każdym kolejnym okresie dwunastu miesięcy, licząc od dnia początku odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu, jeżeli pobyt ten trwał w dniu objęcia Ubezpieczonego umową ubezpieczenia dodatkowego.
3. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli pobyt Ubezpieczonego w szpitalu zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
  - 1) choroby – jeżeli zaistniała ona przed objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością lub w okresie do trzydziestu dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego,
  - 2) porodu – z wyłączeniem porodu spowodowanego zdiagnozowaną ciążą wysokiego ryzyka, porodem o przebiegu patologicznym, komplikacjami porodu stanowiącymi zagrożenie dla zdrowia Ubezpieczonej lub poronieniem, zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków, okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego lub w trakcie trwania umowy w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy.
  - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo 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,
  - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 5) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 6) działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 7) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nienależącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
  - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
  - 9) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 10) 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 pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
  - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi,
  - 12) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.
5. 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 lub rozstroju zdrowia,
  - 2) leczenie nerwic, depresji, uzależnień od alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii,

- 3) przeprowadzenie operacji plastycznych lub zabiegów kosmetycznych, za wyjątkiem przypadków, gdy mają one na celu usunięcie następstw nieszczęśliwego wypadku, któremu uległ Ubezpieczony.

#### § 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

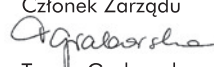
1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o niniejsze ogólne warunki, stosuje się odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu na podstawie:
  - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
  - 2) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia,
  - 3) karty leczenia szpitalnego oraz zaświadczenia od lekarza prowadzącego o przebiegu ciąży (dotyczy ciąży wysokiego ryzyka),
  - 4) w przypadku pobytu w szpitalu spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem – raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub dokument został sporządzony,
  - 5) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
  - 6) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.

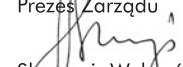
#### § 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem ust. 2 poniżej.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu pobytu Ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą rozpoczyna się po upływie trzydziestu dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa także:
  - a) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - b) w dniu zakończenia okresu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego,
  - c) z dniem przekształcenia umowy ubezpieczenia podstawowego w ubezpieczenie bezskładkowe oraz
  - d) z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowego Ubezpieczenia Przejścia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Powstania Niezdolności do Pracy w Następcstwie Nieszczęśliwego Wypadku lub Choroby.
5. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia dodatkowego ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego na zasadach określonych w ogólnych warunkach. Wypowiedzenie wyłącznie umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego.

#### § 8. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, zawieranych na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą Nr 47/HDI/2009 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 5 lutego 2009 r. wchodzi w życie z dniem 1 marca 2009 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu zawartych po tej dacie.

Członek Zarządu  
  
 Teresa Grabowska

Prezes Zarządu  
  
 Sławomir Walęjski

**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](http://www.hdi-gerling.pl)