

Indywidualne Terminowe Ubezpieczenie na Życie
ze Zwrotem Składek

BUMERANG

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

INDYWIDUALNE TERMINOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADEK „BUMERANG”

SPIS TREŚCI	Strona
OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADEK „BUMERANG” (ITO19)	5
POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	5
PRAWA I OBOWIĄZKI STRON	5
WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6
OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO	6
TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA	6
ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA	6
OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY	7
CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	7
OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA	7
ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA	7
WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA	7
ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO	7
SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	7
TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	8
ŚWIADCZENIA	8
UPRAWNIENI	8
WYPŁATA ŚWIADCZEŃ	8
OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA	9
POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADEK „BUMERANG”	10
TABELA SKŁADEK I MINIMALNYCH WARTOŚCI	10

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADEK „BUMERANG” (ITO19)

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

Ogólne Warunki Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie ze Zwrotem Składek „BUMERANG” („OWU”) mają zastosowanie do umów indywidualnego ubezpieczenia na życie („umowa ubezpieczenia”) zawieranych pomiędzy HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna („Towarzystwo”) a ubezpieczającym.

§ 2.

W wszelkich dokumentach związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia oraz w niniejszych OWU, wymienionym poniżej terminom nadaje się następujące znaczenie:

- 1) **okres ubezpieczenia** – okres trwania umowy ubezpieczenia, w którym Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 3) **okres rozliczeniowy** – okres, za który powinna zostać opłaconą należna składka ubezpieczeniowa, trwający w zależności od częstotliwości opłacania składek: miesiąc polisowy – przy miesięcznej, 3 miesiące polisowe – przy kwartalnej, 6 miesięcy polisowych – przy półrocznej i 12 miesięcy polisowych – przy rocznej częstotliwości opłacania składek;
- 4) **opłacenie składki** – uiszczenie przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej należnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, w pełnej należnej wysokości za okres rozliczeniowy;
- 5) **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;
- 6) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia i określający jej warunki;
- 7) **rocznica polisy** – każda rocznica daty zawarcia umowy ubezpieczenia przypadająca na następujące po sobie lata kalendarzowe; a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- 8) **rok polisowy** – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdą rocznicę polisy;
- 9) **składka ubezpieczeniowa** – kwota, którą ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, w wysokości i w terminach określonych w polisie;
- 10) **suma składek** – kwota odpowiadająca sumie wszystkich składek ubezpieczeniowych ustalonych przed dokonaniem oceny ryzyka potwierdzona w polisie;
- 11) **suma ubezpieczenia** – określona w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, kwota stanowiąca podstawę do ustalenia wysokości świadczenia wypłacana w przypadku śmierci ubezpieczonego. Minimalną wysokość sumy ubezpieczenia ustala Towarzystwo w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU;
- 12) **działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - a) stężenia we krwi od 0,2 ‰ alkoholu lub
 - b) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- 13) **świadczenie** – kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadku uznania roszczenia z tytułu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego umową ubezpieczenia i niniejszymi OWU;
- 14) **ubezpieczający** – określony w polisie lub innym dokumencie podmiot zawierający z Towarzystwem umowę ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU i zobowiązany do opłacania składek ubezpieczeniowych;

- 15) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 16) **uposażony** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego;
- 17) **uposażony zastępczy** – podmiot wskazany pisemnie przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia w razie śmierci ubezpieczonego, jeżeli uposażony nie został wskazany, zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub został pozbawiony prawa do świadczenia;
- 18) **uprawniony** – uposażony, uposażony zastępczy bądź inna osoba uprawniona zgodnie z niniejszymi OWU;
- 19) **wiek ubezpieczonego** – w dniu zawarcia umowy 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 ubezpieczenia ustala się jako sumę jego wieku w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy;
- 20) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – poświadczony własnoręcznym podpisem przez ubezpieczającego, ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa dokument sporządzony na formularzu Towarzystwa, w którym ubezpieczający wnioskuje o zawarcie umowy ubezpieczenia w oparciu o niniejsze OWU;
- 21) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, którego zajście powoduje powstanie roszczenia o wypłatę świadczenia na warunkach określonych w OWU;
- 22) **dzień zajścia zdarzenia** –
 - a) data śmierci ubezpieczonego albo
 - b) data dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3.

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i dożycie ubezpieczonego.
2. Ochrona ubezpieczeniowa polega na zobowiązaniu Towarzystwa do wypłaty świadczenia w razie wystąpienia jednego z dwóch niżej określonych zdarzeń:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego końca ostatniego dnia okresu ubezpieczenia albo
 - 2) śmierci ubezpieczonego w trakcie trwania okresu ubezpieczenia.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie z tytułu jednego zdarzenia ubezpieczeniowego tj. albo z tytułu dożycia do końca okresu ubezpieczenia albo z tytułu śmierci ubezpieczonego. Towarzystwo wypłaci świadczenie ubezpieczeniowe z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego, które nastąpiło pierwsze.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 4.

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego zakresem ubezpieczenia, Towarzystwo spełni na rzecz osoby uprawnionej świadczenie zgodnie z zasadami opisanymi w niniejszych OWU.
2. Ubezpieczający lub ubezpieczony jest zobowiązany podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane sobie okoliczności, o które Towarzystwo pytało w formularzu wniosku ubezpieczeniowego lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia. W razie zawarcia przez Towarzystwo umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.
3. W razie zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową w okresie pierwszych trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, w przypadku ujawnienia, że ubezpieczający lub ubezpieczony podał informacje nieprawdziwe, a w szczególności, że zatajona została choroba ubezpieczonego, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia, chyba że wiadomości nieprawdziwe lub zatajone nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia.
4. Jeżeli wiek lub płeć ubezpieczonego podano błędnie, Towarzystwo ma prawo do zmiany wysokości świadczenia należnego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia na kwotę, jaka byłaby należna, gdyby powyższe informacje zostały podane zgodnie ze stanem faktycznym.
5. W przypadku gdy ubezpieczający oraz ubezpieczony nie są tymi samymi osobami, ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania ubezpieczonemu w formie pisemnej lub w inny uzgodniony między sobą sposób, otrzymanych od Towarzystwa informacji o zmianie warunków umowy ubezpieczenia

lub o zmianie prawa dla niej właściwego, z określeniem wpływu tych zmian na wartość przysługujących świadczeń – nie później niż przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na powyższe zmiany.

6. Ubezpieczający i ubezpieczony mają obowiązek zgłaszania Towarzystwu w formie pisemnej zmian swojego nazwiska/nazwy i adresu oraz zmian nazwisk/nazw uposażonych.

WNIOSEK O ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5.

1. Podstawą do zawarcia umowy ubezpieczenia jest:
 - 1) złożenie przez ubezpieczającego kompletnego i poprawnie wypełnionego oraz podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa;
 - 2) opłacenie przez ubezpieczającego kwoty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w pełnej wysokości;
 - 3) akceptacja wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Towarzystwo.
2. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Towarzystwo wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia lub do wypełnienia nowego, w terminie podanym w wezwaniu.
3. Jeżeli ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub nie złoży wniosku w terminie, o którym mowa w ust. 2, lub Towarzystwo nie zaakceptuje wniosku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 3, umowa ubezpieczenia nie zostanie zawarta, zaś Towarzystwo zwróci ubezpieczającemu kwotę wpłaconą na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

OCENA RYZYKA UBEZPIECZENIOWEGO

§ 6.

1. Ubezpieczający i ubezpieczony zobowiązani są podać do wiadomości Towarzystwa wszystkie znane im okoliczności, o które Towarzystwo pytało we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w innych dokumentach.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do uzyskania od ubezpieczającego lub ubezpieczonego wszelkich informacji i dokumentów, świadczących o stanie zdrowia ubezpieczonego oraz wszelkich innych informacji i dokumentów, mogących mieć wpływ na podjęcie przez Towarzystwo decyzji o zawarciu umowy ubezpieczenia.
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 na powyższe badania.
4. Ocena, o której mowa w ust. 3, dokonywana będzie m.in. w oparciu o informacje dotyczące ubezpieczonego, w tym: stan zdrowia, płeć, wiek, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby ubezpieczonego, a także status majątkowy ubezpieczającego.
5. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odroczenia terminu zawarcia umowy ubezpieczenia, odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia lub zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez ubezpieczającego.
6. W przypadku odroczenia terminu lub odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5, Towarzystwo dokona na rzecz ubezpieczającego zwrotu wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie do 30 dni od daty powzięcia powyższej decyzji, po potrąceniu składki ubezpieczeniowej za okres udzielonej ochrony.
7. Jeżeli z oceny ryzyka dokonanej przez Towarzystwo wynika, że Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia na warunkach, które będą odbiegać na niekorzyść ubezpieczającego lub ubezpieczonego od treści złożonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub OWU, Towarzystwo powiadomi o tym ubezpieczającego na piśmie, wskazując różnice między postanowieniami umowy a postanowieniami zawartymi w złożonym wniosku lub treści OWU (kontroferata).
8. W przypadku określonym w treści ust. 7, Towarzystwo wyznaczy ubezpieczającemu termin, nie krótszy niż 7 dni, do wyrażenia sprzeciwu na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach proponowanych przez Towarzystwo.
9. W razie zgłoszenia sprzeciwu, w terminie wskazanym w ust. 8, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa wygasa z ostatnim dniem upływu

terminu wyznaczonego do zgłoszenia sprzeciwu przez ubezpieczającego lub z dniem otrzymania przez Towarzystwo sprzeciwu ubezpieczającego na zawarcie umowy ubezpieczenia na warunkach zaproponowanych przez Towarzystwo.

10. W przypadku braku sprzeciwu Towarzystwo uzna, że umowa doszła do skutku, zgodnie z warunkami zaproponowanymi przez Towarzystwo, następnego dnia po upływie wyznaczonego terminu do złożenia sprzeciwu.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 7.

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez ubezpieczającego i ubezpieczonego kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dokonania wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczony zostanie objęty tymczasową ochroną ubezpieczeniową z tytułu śmierci wskutek nieszczęśliwego wypadku z zachowaniem postanowień, o których mowa w § 12.
3. W przypadku śmierci ubezpieczonego wskutek nieszczęśliwego wypadku, Towarzystwo wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę 50 000 zł.
4. Towarzystwo ma prawo do odmowy wypłaty świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w trakcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej w przypadku zatajenia lub podania przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego nieprawdziwych informacji we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, chyba że powyższe informacje nie miały wpływu na zwiększenie prawdopodobieństwa zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. 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) nie zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem doręczenia ubezpieczającemu przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 3) upływu okresu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – z upływem 60 dni od wskazanej w ust. 1 daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 4) niedostarczenia żądanych przez Towarzystwo dokumentów – z upływem terminu wyznaczonego przez Towarzystwo na ich dostarczenie, nie później jednak niż 60 dni od daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 8.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta przez ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnął 18 rok życia.
2. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta na rzecz ubezpieczonego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia osiągnął 16 rok życia i:
 - a) wariant I,II – nie osiągnął 60 roku życia,
 - b) wariant III – nie osiągnął 55 roku życia.
3. Umowę uważa się za zawartą z dniem początku okresu odpowiedzialności Towarzystwa wskazanym w polisie.
4. Do zawarcia na rzecz osoby trzeciej umowy ubezpieczenia, a także do jej zmiany, konieczna jest zgoda ubezpieczonego, która powinna obejmować także wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw uposażonego i innych osób uprawnionych. Zgoda ubezpieczonego na zawarcie umowy ubezpieczenia udzielana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Umowa ubezpieczenia może zostać zawarta w następujących zakresach:
 - 1) zakres podstawowy – zgon ubezpieczonego lub dożycie do końca okresu ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem:
 - a) wariant I – 50% sumy składek,
 - b) wariant II – 80% sumy składek,
 - c) wariant III – 100% sumy składek;
 - 2) zakres rozszerzony – zgon ubezpieczonego, zgon ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku lub dożycie do końca okresu ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem:
 - a) wariant I – 50% sumy składek,

- b) wariant II – 80% sumy składek,
 - b) wariant III – 100% sumy składek.
6. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia nie ma możliwości zmiany zakresu ani wariantu.

OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY

§ 9.

1. Umowa zawierana jest pomiędzy Towarzystwem a ubezpieczającym na czas określony, zwany okresem ubezpieczenia, potwierdzany w dokumencie ubezpieczenia.
2. We wniosku o zawarcie umowy ubezpieczający określa czas trwania okresu ubezpieczenia w granicach wskazanych przez Towarzystwo, z tym, że:
 - 1) okres ubezpieczenia określany jest w latach;
 - 2) minimalny okres ubezpieczenia wynosi dla wariantów I i II – 10 lat, a dla wariantu III – 15 lat;
 - 3) okres ubezpieczenia kończy się najpóźniej w rocznicę umowy w roku, w którym ubezpieczony ukończył 70 rok życia, z zastrzeżeniem, że maksymalny okres ubezpieczenia nie może być dłuższy niż 30 lat.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 10.

1. Odpowiedzialność Towarzystwa rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie, pod warunkiem opłacenia należnej składki.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa ustaje, zaś umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu wskutek zaistnienia pierwszej z poniższych okoliczności:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia Towarzystwu oświadczenia o odstąpieniu;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem doręczenia Towarzystwu oświadczenia o wypowiedzeniu;
 - 3) zgonu ubezpieczonego – w dniu śmierci ubezpieczonego;
 - 4) dożycia końca okresu ubezpieczenia przez ubezpieczonego;
 - 5) nieopłacenia składki przez ubezpieczającego, na zasadach określonych w § 17 ust. 4 OWU – z dniem upływu terminu dodatkowego.
3. Ustanie odpowiedzialności nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku opłacenia składki ubezpieczeniowej za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.

OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

§ 11.

Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych OWU z tytułu śmierci ubezpieczonego w związku lub w następstwie:

- 1) działań wojennych (do których zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych w tym tzw. „kontyngentów”) lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych;
- 2) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez niego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
- 3) samobójstwa ubezpieczonego, popełnionego w okresie 2 lat od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia;
- 4) okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa, przez ubezpieczającego lub ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty lub w innych pismach przed zawarciem umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 4 ust. 2 OWU, za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy.

§ 12.

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych OWU z tytułu śmierci ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku w związku lub w następstwie:
 - 1) zdarzeń określonych w § 11 niniejszych OWU;
 - 2) uprawiania przez ubezpieczonego amatorsko lub wycynowo niebezpiecznych sportów, 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 walci, skoki na linie;

- 3) samookaleczenia się ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 4) wystąpienia u ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
- 5) 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;
- 6) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
- 7) radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
- 8) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 9) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych;
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy ubezpieczenia podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności, że zatajona została choroba ubezpieczonego.

ODSTĄPIENIE OD UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 13.

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

WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 14.

1. Umowa ubezpieczenia może zostać wypowiedziana przez ubezpieczającego pisemnie w dowolnym momencie trwania umowy ubezpieczenia.
2. Następstwem wypowiedzenia, o którym mowa w ust. 1, jest rozwiązanie umowy ubezpieczenia ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.

ZMIANA UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 15.

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

SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 16.

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej określana jest przez Towarzystwo w zależności od wybranego zakresu i wariantu

po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń objętych umową ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 6.

2. Wysokość składki ubezpieczeniowej dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU obowiązująca w całym okresie ubezpieczenia ustalana jest z uwzględnieniem stanu zdrowia, płci, wieku, wykonywanego zawodu, uprawianego sportu oraz hobby ubezpieczonego, sumy ubezpieczenia, zakresu oraz wariantu.
3. Umowa ubezpieczenia może przewidywać opłacanie składek ubezpieczeniowych z częstotliwością miesięczną, kwartalną, półroczną lub roczną, zgodnie z dyspozycją ubezpieczającego wskazaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Minimalną wysokość składki ubezpieczeniowej ustala Towarzystwo w Tabeli Składek i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do OWU. Dniem opłacenia składki ubezpieczeniowej jest dzień, w którym składka wpłynie na właściwy rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo.
5. Wpłata na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej powinna być dokonana przez ubezpieczającego na rachunek bankowy wskazany przez Towarzystwo we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, najpóźniej w dniu złożenia do siedziby Towarzystwa wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający ma prawo do złożenia wniosku o zmianę częstotliwości opłacania składek ubezpieczeniowych. Wniosek zostanie rozpatrzony przez Towarzystwo, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek ubezpieczeniowych.
7. Zmiana częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej będzie obowiązywać od daty najbliższej rocznicy polisy.
8. Pod warunkiem pozytywnego rozpatrzenia przez Towarzystwo wniosku ubezpieczającego o zmianę częstotliwości opłacania składek, Towarzystwo powiadomi ubezpieczającego na piśmie o dokonanej zmianie częstotliwości opłacania składki ubezpieczeniowej.
9. W przypadku nieopłacenia przez ubezpieczającego składki ubezpieczeniowej w wymaganym terminie, kolejna opłacona składka zaliczona zostanie na poczet pierwszej zaległej składki ubezpieczeniowej.

TERMINY OPŁACANIA SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 17.

1. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić zaliczkę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej w terminie wskazanym w § 16 ust. 5.
2. Każdą następną składkę ubezpieczeniową, ubezpieczający jest zobowiązany zapłacić z góry do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
3. Termin płatności składki jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki wpłynie na rachunek bankowy Towarzystwa.
4. W przypadku nieopłacenia składki ubezpieczeniowej w terminie miesiąca od daty upływu jej wymagalności, Towarzystwo wezwie na piśmie ubezpieczającego do zapłaty składki ubezpieczeniowej w dodatkowym miesięcznym terminie wskazanym w wezwaniu, podając skutki jej nieopłacenia w tym terminie. Skutkiem nieopłacenia składki w dodatkowym terminie może być rozwiązanie umowy ubezpieczenia.

ŚWIADCZENIA

§ 18.

1. Towarzystwo wypłaci świadczenia ubezpieczeniowe w zależności od wybranego zakresu na następujących zasadach:
 - 1) W zakresie podstawowym wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego albo świadczenie w wysokości % sumy składek na wypadek dożycia przez ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem określonym w § 8 ust. 5 pkt 1,
 - 2) W zakresie rozszerzonym wypłacone zostanie świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego oraz dodatkowo 100% sumy ubezpieczenia na wypadek śmierci ubezpieczonego jeżeli nastąpiła ona wskutek nieszczęśliwego wypadku albo świadczenie w wysokości % sumy składek na wypadek dożycia przez ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem określonym w § 8 ust. 5 pkt 2.
2. Świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku Towarzystwo wypłaca w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:

- 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia śmierci ubezpieczonego nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo względem ubezpieczonego,
 - 2) do śmierci ubezpieczonego doszło przed upływem sześciu miesięcy od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo i wypadek ten stanowił wyłączną przyczynę powstania śmierci.
3. Towarzystwo wypłaci świadczenie równe % sumy składek na wypadek dożycia przez ubezpieczonego końca okresu ubezpieczenia zgodnie z wybranym wariantem pod warunkiem opłacenia przez ubezpieczającego wszystkich należnych składek.

UPRAWNIENI

§ 19.

1. Ubezpieczający ma prawo do imiennego wskazania we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przynajmniej jednego uposażonego lub uposażonego zastępczego oraz ustalenia ich procentowego udziału w świadczeniu. W przypadku zawarcia na podstawie niniejszych ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, uprawnionym do wskazania uposażonego lub uposażonego zastępczego oraz do wykonywania uprawnień, o których mowa poniżej jest sam ubezpieczony.
2. Wskazanie uposażonego lub uposażonego zastępczego może nastąpić zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym momencie jej trwania.
3. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony wskazał kilku uposażonych lub uposażonych zastępczych, a nie oznaczył ich udziału w kwocie świadczenia lub oznaczył je błędnie, przyjmuje się, że ich udziały są równe.
4. Ubezpieczający ma prawo w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać uposażonego lub uposażonego zastępczego.
5. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu uposażonego lub uposażonego zastępczego, zawierające datę oraz podpis wywołuje skutki prawne od dnia doręczenia oświadczenia do siedziby Towarzystwa.
6. Jeżeli jeden z kilku uposażonych zmarł lub został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych, jego udział w wypłacanym świadczeniu przechodzi na pozostałych uposażonych proporcjonalnie do posiadanych przez nich udziałów.
7. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego albo gdy jedyny wskazany uposażony w dniu śmierci ubezpieczonego nie żył, został wykreślony z właściwego rejestru lub ewidencji, albo został zlikwidowany na mocy przepisów szczególnych lub utracił prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje uposażonym zastępczym.
8. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uposażonego ani uposażonego zastępczego lub wskazani uposażeni lub uposażeni zastępczy zmarli przed śmiercią ubezpieczonego albo utracili prawo do świadczenia, świadczenie przysługuje członkom 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.
9. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia osobie, która swoim umyślnym działaniem spowodowała lub przyczyniła się do śmierci ubezpieczonego. W takim przypadku prawo do świadczenia przechodzi na inne osoby na zasadach określonych powyżej.

WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

§ 20.

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Do wniosku z tytułu zgonu należy dołączyć:
 - 1) odpis skrócony aktu zgonu;
 - 2) dokument stwierdzający przyczynę zgonu oraz dokument potwierdzający okoliczności śmierci ubezpieczonego;
 - 3) raport policyjny lub inny dokument potwierdzający zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony;
 - 4) dokument potwierdzający tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia;

- 5) inne żądane przez Towarzystwo dokumenty lub oświadczenia, niezbędne do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa oraz wysokości świadczenia.
3. Do wniosku z tytułu dożycia należy dołączyć:
 - 1) dokument potwierdzający tożsamość ubezpieczonego.
4. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 i ust. 3 mogą być dołączane w formie kserokopii. Kserokopie dokumentów powinny być potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub przedstawiciela Towarzystwa.

§ 21.

1. W przypadku braku pełnej dokumentacji niezbędnej do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa, Towarzystwo pisemnie lub drogą elektroniczną informuje ubezpieczającego, ubezpieczonego lub osoby uprawnione z tytułu umowy ubezpieczenia, jakie dodatkowe dokumenty są potrzebne do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
2. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
4. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 3, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 3.
5. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje osobę uprawnioną o przysługującym jej trybie dochodzenia roszczeń.

ÓSWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

§ 22.

1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają sobie strony, powinny być dokonywane na piśmie, chyba że strony ustalą inny sposób składania oświadczeń. Jeżeli Towarzystwo, ubezpieczający, ubezpieczony, uposażony bądź inna osoba uprawniona zmienili siedzibę bądź adres przeznaczony do korespondencji i nie zawiadomili o tej zmianie drugiej strony, przyjmuje się, że strony dopełniły obowiązek zawiadomienia, jeżeli pismo zostało wysłane na ostatni znany adres. W przypadku zawiadomień oraz oświadczeń dotyczących umowy przesyłanych listem poleconym przez Towarzystwo, za skuteczne doręczenie uznaje się odbiór przesyłki lub upływ czasu do odbioru korespondencji wyznaczony adresatowi w drugim zawiadomieniu dla adresata o pozostawieniu przesyłki (z adnotacją awizowano powtórnie dnia...).
2. Za datę wpływu zawiadomień i oświadczeń dotyczących umowy ubezpieczenia, przekazywanych na piśmie przez ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub inną osobę uprawnioną uważa się dzień wpływu korespondencji do siedziby Towarzystwa.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23.

1. Wszelkie dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia w szczególności wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz polisa stanowią jej integralną część.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. Skargi na działania Towarzystwa bądź odwołania od decyzji Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa.
4. Skarga bądź odwołanie powinno być rozpatrzone w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
5. Organem właściwym do rozpatrywania skarg, o których mowa powyżej jest Zarząd.
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej. Spory sądowe wynikające z umowy

ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, rozstrzygane są według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

7. Zasady opodatkowania podatkiem dochodowym kwot otrzymanych przez osoby fizyczne z tytułu ubezpieczeń na życie określa ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, w szczególności art. 21 ust. 1 pkt. 4 Ustawy (tekst jednolity: Dz.U. z 2010 r. nr 51. poz. 307 z późn. zm.). Kwoty otrzymane przez osoby prawne z tytułu ubezpieczeń na życie podlegają opodatkowaniu podatkiem dochodowym od osób prawnych zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych, w szczególności art. 7 ust. 1, art. 12, art. 18 (tekst jednolity: Dz.U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 z późn. zm.).
8. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU lub postanowieniach umowy mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r., Nr 124, poz. 1151, z późn. zm.).

Niniejsze OWU, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą nr 124/HDI/2011 Zarządu Towarzystwa z dnia 03.06.2011 r., wchodzi w życie z dniem 03.06.2011 r. i mają zastosowanie do zawartych umów ubezpieczeniowych, począwszy od dnia 20.06.2011 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW INDYWIDUALNEGO TERMINOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE ZE ZWROTEM SKŁADEK „BUMERANG”

TABELA SKŁADEK I MINIMALNYCH WARTOŚCI

Tabela Składek i Minimalnych Wartości do Indywidualnego Terminowego Ubezpieczenia na Życie ze Zwrotem Składek „BUMERANG” uchwalona przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA Uchwałą nr 124HDI/2011 z dnia 03.06.2011 r. i obowiązująca od dnia 20.06.2011 r.

Minimalna suma ubezpieczenia dla umowy ubezpieczenia ITO 19

Wariant I	30 000 PLN
Wariant II	50 000 PLN
Wariant III	60 000 PLN

Minimalne składki ubezpieczeniowe dla zakresu podstawowego (ITO 19) zgodnie z częstotliwością

	Wariant I	Wariant II	Wariant III
Miesięczna	60 PLN	80 PLN	100 PLN
Kwartalna	180 PLN	240 PLN	300 PLN
Półroczna	360 PLN	480 PLN	600 PLN
Roczna	720 PLN	960 PLN	1 200 PLN

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

HDI-Gerling Życie
Towarzystwo Ubezpieczeń SA
Al. Jerozolimskie 133 A
02-304 Warszawa

infolinia: 0 800 HDI HDI
(0 801 434 434)
www.hdi-gerling.pl