

Posagowe Ubezpieczenie na Życie
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

MEGA POSAG

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

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

SPIS TREŚCI

Strona

POSAGOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA POSAG” (IFK 10)	5
ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE	5
ROZDZIAŁ II SKŁADKA I SUMA UBEZPIECZENIA	6
ROZDZIAŁ III ŚWIADCZENIA	8
ROZDZIAŁ IV UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY	9
ROZDZIAŁ V WYKUP UBEZPIECZENIA	10
ROZDZIAŁ VI OPŁATY	10
ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12
WYKAZ FUNDUSZY	13
REGULAMIN UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH HDI-GERLING ŻYCIE TU SA	15
ROZDZIAŁ I ZASADY FUNKCJONOWANIA UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH	15
NABYCIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA	15
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (IOS 10)	16
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 10)	18
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z RENTĄ POSAGOWĄ (IRP 10)	19
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITI 10)	21
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO DZIECKA (IPZ 10)	24
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 10)	27

POSAGOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA POSAG” (IFK 10)

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

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1. DEFINICJE

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

- 1) **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;
- 3) **indywidualny rachunek** – prowadzony przez Towarzystwo rachunek, na którym zapisane są jednostki Funduszy pochodzące ze składek regularnych i dodatkowych wpłaconych na podstawie umowy;
- 4) **jednostki Funduszu (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest dzielony dany Fundusz, służące do rozliczania operacji związanych z tym Funduszem;
- 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) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależnie od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, zaistniałe w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego;
- 7) **ogólne warunki ubezpieczenia lub ogólne warunki** – niniejsze ogólne warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 8) **polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo potwierdzający zawarcie umowy;
- 9) **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym;
- 10) **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;
- 11) **rok polisy albo rok polisowy** – okres odpowiadający dwunastu miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdej rocznicy polisy;
- 12) **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;
- 13) **składka regularna** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminach i wysokości określonych w umowie ubezpieczenia, która to kwota nie obejmuje kwoty składek określonych w § 27 ust. 1 pkt 1 i 2 ogólnych warunków;
- 14) **składki regularne wycofane** – suma składek regularnych zainkasowanych do danego dnia, wycofana zgodnie z § 28 ust. 4 pkt. 2;
- 15) **składka zainkasowana** – składka należna i opłacona przez Ubezpieczającego, która wpłynęła na wskazany przez Towarzystwo rachunek bankowy;
- 16) **suma ubezpieczenia** – określona w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem ewentualnych późniejszych zmian dokonywanych przez Ubezpieczającego i Towarzystwo kwota wypłacana przez Towarzystwo w przypadkach wskazanych w ogólnych warunkach;
- 17) **Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA;

- 18) **Ubezpieczający** – strona umowy ubezpieczenia zobowiązana do opłacania składek;
- 19) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy (Fundusz)** – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych wpłaconych na podstawie umów ubezpieczenia na życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, inwestowany zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- 20) **Ubezpieczony** – wskazana w umowie osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 21) **Ubezpieczone Dziecko** – osoba fizyczna, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego nie osiągnęła piętnastego roku życia i której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- 22) **umowa ubezpieczenia lub umowa** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie ogólnych warunków;
- 23) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka;
- 24) **Uprawniiony** – osoba fizyczna, której zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków przysługuje prawo do otrzymania świadczenia;
- 25) **wartość indywidualnego rachunku** – wartość wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku;
- 26) **wzrost wartości indywidualnego rachunku** – wartość indywidualnego rachunku na dany dzień pomniejszona o sumę składek regularnych zainkasowanych do danego dnia i powiększona o sumę dotychczasowych składek regularnych wycofanych, z tym że jeśli wynikiem powyższego wyliczenia jest wartość ujemna, to uznaje się, iż wzrost wartości indywidualnego rachunku jest równy zero.

§ 2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego i Ubezpieczonego Dziecka.
2. Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie (ochrona):
 - 1) śmierci Ubezpieczonego,
 - 2) śmierci Ubezpieczonego Dziecka.
3. Ubezpieczonym może być osoba, której wiek w dniu podpisania wniosku wynosi nie mniej niż osiemnaście lat i nie więcej niż pięćdziesiąt dziewięć lat. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków wiek Ubezpieczonego i Ubezpieczonego Dziecka w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została zawarta umowa ubezpieczenia i roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony lub Ubezpieczone Dziecko się urodził. Wiek Ubezpieczonego i Ubezpieczonego Dziecka w trakcie trwania umowy ustala się jako sumę jego wieku w dacie zawarcia umowy ubezpieczenia i liczby lat polisowych, które upłynęły od daty zawarcia umowy.
4. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem początku okresu udzielania ochrony, który wskazany jest w polisie.
5. Ochrona udzielana przez Towarzystwo na podstawie niniejszych ogólnych warunków może zostać rozszerzona o dodatkowe 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 od dołączenia do wniosku dokumentów dotyczących Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są: ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem. Towarzystwo może na własny koszt skierować Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko na powyższe badania. Ocena, o której mowa w zdaniu poprzednim, dokonywana będzie w oparciu o informacje dotyczące Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka: stan zdrowia, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka, a także status majątkowy ubezpieczającego.

4. W razie odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej.
5. Umowa jest zawierana na czas określony, nie krótszy niż jedenaste lat, z zastrzeżeniem iż umowa nie może zostać zawarta na okres:
 - 1) krótszy niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczone Dziecko osiemnastego roku życia (w rozumieniu niniejszych owu do rocznicy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczone Dziecko ma osiemnaste urodziny),
 - 2) dłuższy niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczone Dziecko dwudziestego szóstego roku życia (w rozumieniu niniejszych owu do rocznicy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczone Dziecko ma dwudzieste szóste urodziny),
 - 3) dłuższy niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego siedemdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych owu do rocznicy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma siedemdziesiąte urodziny).
6. Umowa może zostać zawarta 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 opłacania której Ubezpieczający jest zobowiązany spełnia warunki dotyczące minimalnej składki regularnej dla danego wariantu ubezpieczenia podane w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
7. Do zawarcia umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego i Ubezpieczonego Dziecka (lub jego przedstawiciela ustawowego, w przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko jest niepełnoletnie), która powinna obejmować także zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego i Ubezpieczonego Dziecka nie może naruszać ich praw ani praw uprawnionego do odbioru świadczenia. Ubezpieczony i przedstawiciel ustawowy Ubezpieczonego Dziecka w ww. wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia składają także oświadczenie, iż okoliczności podane przez nich, jak i przez Ubezpieczającego w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach są kompletne i odpowiadają prawdzie.
8. Na żądanie Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym lub Ubezpieczonego Dziecka Towarzystwo udzieli Ubezpieczonemu lub Ubezpieczonemu Dziecku informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunkach ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka.

§ 4 TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, przedstawiciela ustawowego Ubezpieczonego Dziecka 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 postanowień, o których mowa w § 17.
3. W przypadku zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Dziecku świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę 50 000 (pięćdziesiąt tysięcy) zł, a ponadto umowa ubezpieczenia w zakresie określonym w § 2 ust. 2 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, za wyjątkiem składki za okres udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku, gdy nie przysługuje świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci uprawnionemu kwotę równą wartości dotychczas dokonanych wpłat na poczet umowy ubezpieczenia.

5. Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje we wskazanych poniżej terminach, w przypadku wystąpienia któregośkolwiek 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 I SUMA UBEZPIECZENIA

§ 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. Ww. kwotę zwraca się Ubezpieczającemu w nominalnej wysokości.
6. Towarzystwo określa minimalną wysokość miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej składki regularnej, podając ją w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 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 Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko oraz adres lub w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą nazwę firmy i siedzibę oraz numer wniosku ubezpieczeniowego lub polisy.
3. Wpłata składki dodatkowej nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku opłacania składki regularnej.
4. Jeżeli ostatnia składka dodatkowa zapłacona bezpośrednio przed wygaśnięciem umowy nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy rozdzielona celem przydzielenia jednostek, kwota takiej składki powiększa bezpośrednio wartość indywidualnego rachunku.
5. Towarzystwo ustala minimalną wysokość składki dodatkowej, która jest podawana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy kwota wpłaconej składki dodatkowej będzie niższa niż wskazana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaliczenia wpłaconej kwoty na poczet wymagalnych, jak 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 składkę 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, adres Ubezpieczającego. W terminie dodatkowym Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej przewidzianej daną umową.
4. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął w okresie dwóch lat polisowych od zawarcia umowy, a kwota wpłaconej składki dodatkowej nie wystarczy na pokrycie składki regularnej, umowa ubezpieczenia wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
5. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął po dwóch latach polisowych od zawarcia umowy, skutki niezapłacenia takiej składki regularnej uzależnione od wartości indywidualnego rachunku są określone 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. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszonej o opłatę z tytułu całkowitego wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
7. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawieszenie opłacania składek na pisemny wniosek Ubezpieczającego, poczynając od terminu płatności zaległej składki zgodnie z postanowieniami § 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, pomniejszonej 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 do 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 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 ubezpieczeniowej. 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 dwudziestu czterech 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.
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 oraz wniosek o podwyższenie wysokości składki regularnej. Zmiana ta, po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, w trybie określonym w ust. 2, odnosi skutek od najbliższej rocznicy polisy przypadającej po doręczeniu Towarzystwu powyżej wymienionego wniosku, o ile wszystkie wymagalne składki regularne są w całości opłacone. Wniosek należy złożyć/dostarczyć do Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczającemu nie przysługuje uprawnienie do złożenia wniosku o obniżenie składki regularnej.
2. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, w jakim zmiana wchodzi w życie. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 złożony wcześniej niż po upływie okresu, o którym mowa w ust. 1 powyżej, Towarzystwo pozostawi bez rozpoznania.

§ 10. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia określana jest w polisie bądź innym dokumencie 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 dwudziestu czterech miesięcy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie lub podwyższenie sumy ubezpieczenia.
2. Wniosek, o którym mowa w ust. 1 należy złożyć/dostarczyć do Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy. Towarzystwo rozpatrzy ww. wniosek od 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.

§ 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, odrębnie 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.

ROZDZIAŁ III ŚWIADCZENIA

§ 13. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

1. W razie zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Dziecku świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego.
2. W warunkach określonych ust. 1, w przypadku zgonu Ubezpieczonego nie będącego Ubezpieczającym umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy, z tym że Ubezpieczający od dnia złożenia/dostarczenia do Towarzystwa informacji o zgonie Ubezpieczonego potwierdzonej dokumentem urzędowym zostaje zwolniony z obowiązku opłacania składki regularnej. Ubezpieczającemu służy uprawnienie do dokonywania wpłat dodatkowych zgodnie z postanowieniami § 6.
3. W warunkach określonych ust. 1, w przypadku zgonu Ubezpieczonego będącego tą samą osobą co Ubezpieczający umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy, a Towarzystwo dokonuje zamiany jednostek Funduszy zapisanych na indywidualnym rachunku na jednostki Funduszu HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany, wg stanu indywidualnego rachunku oraz cen jednostek Funduszy z dnia złożenia/dostarczenia pod adres siedziby Towarzystwa informacji o zgonie Ubezpieczonego potwierdzonej dokumentem urzędowym.
4. W przypadkach określonych w ustępach poprzedzających Towarzystwo od dnia złożenia/dostarczenia pod adres siedziby Towarzystwa informacji o zgonie Ubezpieczonego potwierdzonej dokumentem urzędowym nie pobiera składki za ochronę Ubezpieczonego, o której mowa w § 27 ust. 1 pkt. 1 oraz opłaty za prowadzenie umowy ubezpieczenia, o której mowa w § 29 ust. 2. Pozostałe opłaty oraz składka za ochronę Ubezpieczonego Dziecka są pobierane zgodnie z postanowieniami umowy.

§ 14. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO DZIECKA

1. W razie zgonu Ubezpieczonego Dziecka w okresie udzielania ochrony, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości stanowiącej kwotę równą:
 - 1) sumie wpłaconych składek pomniejszoną o kwoty wynikające z dokonania częściowych wykupów dokonanych zgodnie z postanowieniami § 24 albo

- 2) wartości indywidualnego rachunku z dnia zgonu, w zależności od tego, która z tych kwot jest wyższa.
2. W razie zgonu Ubezpieczonego Dziecka w okresie udzielania ochrony, w przypadku wskazania przez Ubezpieczającego na piśmie, nie później niż do dnia zgłoszenia Towarzystwu śmierci Ubezpieczonego Dziecka, osoby fizycznej spełniającej warunki określone w definicji Ubezpieczonego Dziecka w § 1 ogólnych warunków, Towarzystwo obejmie wskazaną osobę ubezpieczeniem na warunkach dotychczasowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Do umowy ubezpieczenia kontynuowanej na zasadzie ust. 2 powyżej stosuje się odpowiednio treść § 3 ust. 5, tj. Umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu lub skróceniu w sytuacjach tamże określonych.
4. Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości składki za ochronę z tytułu objęcia ochroną Ubezpieczonego Dziecka na zasadach opisanych w ust. 2 powyżej oraz zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 3 ust. 3.
5. W przypadku określonym ust. 2, umowa ubezpieczenia nie wygasa, a świadczenie z tytułu śmierci Ubezpieczonego Dziecka nie jest wypłacane.
6. Jeżeli w dniu śmierci Ubezpieczonego Dziecka nie żyje Ubezpieczony świadczenie wypłacane jest członkowi rodziny Ubezpieczonego zgodnie z kolejnością wskazaną w § 16 ust. 10 pkt. 1-6 ogólnych warunków, z zastrzeżeniem treści ust. 5 powyżej.

§ 15. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU DOŻYCIA PRZEZ UBEZPIECZONE DZIECKO KOŃCA OKRESU, NA KTÓRY ZOSTAŁA ZAWARTA UMOWA UBEZPIECZENIA

1. W przypadku dożycia przez Ubezpieczone Dziecko końca okresu, na który została zawarta umowa ubezpieczenia – umowa wygasa, a Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu Dziecku świadczenie obliczone zgodnie z poniższymi zasadami.
2. Dniem wygaśnięcia umowy ubezpieczenia jest ostatni dzień okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia. 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.

§ 16. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powinno być złożone/dostarczone do 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 lub Ubezpieczonego Dziecka na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego 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 pisemnie o tym osobę uprawnioną wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną, uzasadniając całkowitą lub częściową odmowę. Informacja zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej. Osoba uprawniona do otrzymania świadczenia może również złożyć odwołanie do Zarządu Towarzystwa w ciągu trzydziestu dni od dnia jego otrzymania.

7. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia lub odmowy uwzględnienia odwołania uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia powództwa do sądu powszechnego.
8. Towarzystwo udostępni uprawnionym do świadczenia informacji i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia. Na żądanie tych osób Towarzystwo potwierdzi na piśmie udostępnione informacje, a także sporządzi kserokopie dokumentów oraz potwierdzi ich zgodność z oryginałem.
9. Jeżeli Ubezpieczone Dziecko umyślnie przyczyniło się do śmierci Ubezpieczonego traci ono prawo do otrzymania sumy ubezpieczenia, a umowa ubezpieczenia wygasa.
10. W przypadku określonym ustępem poprzedzającym, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego lub innej osobie, z wyłączeniem Ubezpieczonego Dziecka oraz osoby, która przyczyniła się umyślnie do śmierci Ubezpieczonego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) inne osoby, zaliczane zgodnie z Kodeksem Cywilnym do grona spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa,
 - 6) osobie, która pokryła koszty pogrzebu Ubezpieczonego w wysokości udokumentowanych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości sumy ubezpieczenia, w przypadku braku lub wyłączenia osób wymienionych w pkt. 1 - 5.
11. Postanowienia ust. 9 i 10 mają odpowiednie zastosowanie w przypadku, gdy Ubezpieczony przyczynił się umyślnie do śmierci Ubezpieczonego Dziecka.

§ 17. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko (lub jego przedstawiciela ustawowego, w przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko jest niepełnoletnie), o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy. W takim przypadku Towarzystwo uprawnione będzie do odmowy wypłaty świadczenia lub wypłaty zmniejszonego świadczenia. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu 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 trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, a umowa ubezpieczenia wygasa, jeżeli śmierć Ubezpieczonego lub Ubezpieczonego Dziecka 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 lub Ubezpieczonego Dziecka w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych,
 - 3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego lub Ubezpieczone Dziecko 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 likwidacyjnej 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 dodatkowych, o ile zostały zawarte,
 - 10) pobranie składki za ochronę Ubezpieczonego,
 - 11) pobranie składki za ochronę Ubezpieczonego Dziecka.

§ 19. PRYZYDZIELANIE 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 wpłacanych 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 do 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 złożony w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało częściowego wykupu lub zamiany Funduszy na podstawie wcześniej złożonego polecenia, to okresy, o którym mowa w ust. 3 pkt. 1 i 2 powyżej rozpoczynają się w dniu zakończenia dokonywania przez Towarzystwo zamiany Funduszy zgodnie z wcześniejszym poleceniem lub w dniu płatności wykupu dokonanego zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego.

§ 21. LIKWIDACJA FUNDUSZU

1. W okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia Towarzystwo ma prawo tworzyć nowe Fundusze, likwidować Fundusze istniejące oraz dokonywać zmiany ich strategii.
2. W przypadku likwidacji Funduszu Towarzystwo zawiadamia, z odpowiednim wyprzedzeniem, Ubezpieczającego o terminie i warunkach likwidacji Funduszu.

3. Informację o likwidacji Funduszu Towarzystwo umieszcza na stronie internetowej Towarzystwa, informując o dniu likwidacji.
4. 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.
5. W przypadku niezłożenia przez Ubezpieczającego dyspozycji zgodnie z ust. 4, 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.
6. W przypadku zmiany strategii Funduszu Towarzystwo zawiadamia Ubezpieczającego, z odpowiednim wyprzedzeniem, o zaistnieniu takiej zmiany. Ubezpieczający, którzy od dnia dokonania takiej zmiany chcą wybrać dany Fundusz, będą o tej zmianie informowani przed podjęciem decyzji. Strategie Funduszy Towarzystwo umieszcza na stronie internetowej Towarzystwa.
7. Jeżeli Ubezpieczający, po doręczeniu mu strategii nowego Funduszu,łoży Towarzystwu polecenie ulokowania w tym Funduszu środków pochodzących z wpłaty składki, będzie to uważane za przyjęcie tej strategii przez Ubezpieczającego.
8. Utworzenie nowego Funduszu, wycofanie Funduszu z oferty Towarzystwa, a także zmiana w strategii Funduszu nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.

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 § 28 ust. 3, kwoty odpowiadającej części albo całości wartości tego rachunku ustalonej na dzień wykupu.
2. Dzień wykupu jest to dzień, w którym umorzono wszystkie bądź część jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku. Dzień wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypadać później niż piątego dnia roboczego, licząc od dnia następującego po dniu złożenia/dostarczenia do Towarzystwa prawidłowo wypełnionego wniosku o wykup. Dzień wykupu jednostek może zostać opóźniony wyłącznie w przypadkach opóźnień w umarzeniu jednostek przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych.
3. Kwoty wykupu o określone w niniejszym rozdziale wypłaca się dniu płatności wykupu. Wypłata 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 dokonanego zgodnie z wcześniejszym wnioskiem.
4. Jeżeli Ubezpieczający zamierza wskazać więcej niż jeden Fundusz, których jednostki mają być umorzone, wskazanie musi określać Fundusze i procentowy udział wartości jednostek tych Funduszy w kwocie wykupu z dokładnością do pełnych procentów. W razie braku takiego wskazania, jednostki zostaną umorzone proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy.
5. Dokonanie częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 24 ma ten skutek, że umowa ubezpieczenia w dalszym ciągu pozostaje w mocy przy zachowaniu niezmięnionej składki. Liczba jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zmniejsza się w dniu wykupu przez umorzenie liczby jednostek, których wartość na dzień wykupu odpowiada kwocie wykupu wraz z opłatą z tytułu częściowego wykupu.
6. W przypadku śmierci Ubezpieczającego będącego tą samą osobą co Ubezpieczony lub w razie nie dokonania cesji praw z umowy ubezpieczenia, zgodnie z § 39 po śmierci Ubezpieczającego, uprawnionym do złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia oraz otrzymania kwoty wykupu jest Ubezpieczony Dziecko, jeśli w dniu złożenia ww. wniosku będzie pełnoletnie.

§ 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) wszystkie wymagalne do dnia wykupu składki regularne są w całości zapłacone,
 - 2) wartość indywidualnego rachunku w dniu wykupu jest większa od zera.
2. Jeżeli wszystkie warunki określone w ust. 1 są spełnione, umowa wygasa w dniu całkowitego wykupu ubezpieczenia, a kwota wykupu jest równa wartości indywidualnego rachunku z dnia wykupu pomniejszonej o opłatę z tytułu całkowitego wykupu.
 3. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie są spełnione, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku.

§ 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:
 - kwocie należnych składek regularnych do dnia wykupu, w przypadku, gdy suma należnych składek regularnych do dnia wykupu jest mniejsza niż 5 000 PLN,
 - 5 000 PLN w przypadku, gdy suma należnych składek regularnych do dnia wykupu jest większa bądź równa 5 000 PLN i ponadto w przypadku częściowego wykupu dokonanego po upływie 24 miesięcy polisowych będzie wyższa lub równa dwukrotności składki należnej za dany rok polisowy, w którym dokonywany jest wykup.
2. Jeżeli wniosek Ubezpieczającego o dokonanie częściowego wykupu jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku został złożony w trakcie pierwszych trzech lat polisowych, Towarzystwo dokona częściowego wykupu zgodnie z wnioskiem Ubezpieczającego, jeśli kwota częściowego 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. Wskaźnik waloryzacji Towarzystwo określa na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym, ogłaszanym 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. Opłata jest rozdzielana, proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy zapisanych na indywidualnym rachunku na dzień, w którym opłata stała się należna, jeżeli umowa nie stanowi inaczej.
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 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zgodnie z postanowieniami § 25.

§ 27. OPŁATY I SKŁADKI MIESIĘCZNE

1. Towarzystwo pobiera następujące miesięczne opłaty i składki:
 - 1) składkę za ochronę Ubezpieczonego – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - 2) składkę za ochronę Ubezpieczonego Dziecka – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - 3) opłatę polisową – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - 4) opłatę administracyjną – w ostatnim dniu miesiąca polisowego.

Opłaty i składki wymienione w pkt 1)-4) są pobierane poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zgodnie z postanowieniami § 25.

2. Składka za ochronę Ubezpieczonego/Ubezpieczonego Dziecka jest ustalana na podstawie wieku Ubezpieczonego/Ubezpieczonego Dziecka. Wysokość składki za ochronę Ubezpieczonego jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy ubezpieczenia, gdzie miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego podzielonemu przez dwanaście. Wysokość składki za ochronę Ubezpieczonego Dziecka jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka podzielonemu przez dwanaście.

- 1) miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka podzielonemu przez dwanaście,
- 2) prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia Ubezpieczonego Dziecka jest równe dopełnieniu miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka do 1 (1 minus miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu Ubezpieczonego Dziecka),
- 3) suma pod ryzykiem jest równa różnicy pomiędzy kwotą wymienioną w § 14 ust. 1 pkt 1), 2) a bieżącą wartością indywidualnego rachunku.

- 2a. Wysokość składki za ochronę może ulec podwyższeniu przez Towarzystwo z uwagi na: stan zdrowia ubezpieczonego/ubezpieczonego dziecka, wykonywany przez ubezpieczonego zawod, tryb życia, oraz uprawiany sport lub hobby Ubezpieczonego/Ubezpieczonego Dziecka.
3. Wysokość opłaty polisowej jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty.
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 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 28. 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 zainkasowanych 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 mniejsza lub równa wzrostowi 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. Opłata z tytułu całkowitego i częściowego wykupu uwzględnia marżę Towarzystwa oraz koszty ponoszone przez Towarzystwo: koszty zawarcia oraz obsługi umowy. Rozliczenie kosztów ponoszonych przez Towarzystwo jest rozłożone w czasie, czego wynikiem jest opłata z tytułu częściowego i całkowitego wykupu.

§ 29. INNE OPŁATY

1. Towarzystwo pobiera opłaty z tytułu następujących operacji:
 - 1) zmiany polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze,
 - 2) zamiany Funduszy,
 - 3) przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy, do przekazania której Towarzystwo nie jest zobligowane obowiązuje przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Ponadto Towarzystwo pobiera miesięcznie każdego z pierwszych jedenastu lat polisowych opłatę z tytułu prowadzenia umowy ubezpieczenia, którą ustala się procentowo od kwoty obliczonej zgodnie ze zdaniem następnym. Podstawę wyliczenia opłaty stanowi kwota będąca iloczynem lat polisowych, za które obliczana jest opłata (włączając w to rozpoczęty rok polisowy) oraz kwoty składki regularnej obliczonej za dany rok polisowy, bez uwzględnienia okresów zawieszenia opłacania składek (okresy zawieszenia opłacania składek są traktowane jak okresy, w których składka jest należna). Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami § 25.
3. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zmiany polecenia rozdzielenia 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 rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 25 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o zmianie polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze i jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z indywidualnego rachunku, zgodnie z postanowieniami.
4. Towarzystwo nie pobiera opłaty od zamiany Funduszy, w przypadku pierwszych sześciu zmian 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.

ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 30. 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. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu i Ubezpieczonemu Dziecku 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 przedstawia Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu i Ubezpieczonemu Dziecku na piśmie treść proponowanych zmian. Powyższe zmiany wchodzi w życie, jeśli Ubezpieczający nie wypowiedział umowy ubezpieczenia w terminie siedmiu dni od dnia doręczenia Ubezpieczającemu propozycji zmian.

§ 31. 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 pomniejszonej 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, nie będący przedsiębiorcą może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie trzydziestu dni, zaś przedsiębiorca w okresie siedmiu dni, licząc od daty zawarcia umowy. W przypadku odstąpienia od umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość indywidualnego rachunku oraz wartość pobranej składki za ochronę po potrąceniu kwoty należnej Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Kwota należna Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej będzie naliczona proporcjonalnie od pobranej składki za ochronę do okresu udzielania tej ochrony.

§ 32. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia wygasa w przypadkach wskazanych w treści ogólnych warunków, a także w wyniku wystąpienia co najmniej jednej z poniżej wskazanych okoliczności:

- 1) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
- 2) zgonu Ubezpieczonego Dziecka w okresie udzielania ochrony – z dniem zgonu, z zastrzeżeniem § 14 ust. 5,
- 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) gdy wartość indywidualnego rachunku nie wystarczy na pokrycie opłat przewidzianych umową,

- 6) w przypadku upływu okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia,
- 7) z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego siedemdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych owu w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma siedemdziesiąte urodziny).

§ 33. KONTYNUACJA UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Nie później niż na miesiąc polisy przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia Ubezpieczone Dziecko może złożyć wniosek o kontynuowanie umowy ubezpieczenia na niezmienionych warunkach na czas nieokreślony, nie dłużej jednak niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczone Dziecko siedemdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych owu w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczone Dziecko ma siedemdziesiąte urodziny), z zastrzeżeniem ust. 3 i 4 poniżej. W przypadku wyrażenia zgody na powyższe przez Towarzystwo Ubezpieczone Dziecko przejmuje prawa i obowiązki Ubezpieczającego i jest zobowiązane do opłacania składek regularnych począwszy od najbliższego terminu płatności składki regularnej następującego po dniu, w którym powinien upłynąć okres, na który została zawarta umowa ubezpieczenia.
2. W przypadku kontynuowania umowy ubezpieczenia, zgodnie z ust. 1 odpowiedzialność Towarzystwa względem Ubezpieczonego wygasa, zgodnie z § 32 pkt. 6 ogólnych warunków.
3. Wyrażenie zgody przez Towarzystwo na wniosek Ubezpieczonego Dziecka, o którym mowa w ust. 1 skutkuje wygaśnięciem wszystkich umów ubezpieczenia dodatkowego, które były zawarte. Zawarcie umów ubezpieczenia dodatkowego w okresie kontynuacji umowy ubezpieczenia nie jest możliwe.
4. Do umowy ubezpieczenia kontynuowanej zgodnie z postanowieniami niniejszego paragrafu stosuje się wprost lub odpowiednio postanowienia ogólnych warunków, z tym że zdarzeniem objętym ochroną jest zgon Ubezpieczonego Dziecka, a w przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną Towarzystwo wypłaca świadczenie, o którym mowa w § 14 ogólnych warunków.

§ 34. SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH UMOWY

1. Oświadczenia woli bądź wiedzy, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają strony wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
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 rekomenduje się, aby oświadczenia i stosowne wnioski składane były na stosowanych przez Towarzystwo 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 dostarczenia niezbędnych dokumentów.
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.

§ 35. DORĘCZENIA

1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają sobie strony, powinny być dokonywane na piśmie. 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. Z zastrzeżeniem ust. 4. 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 Towarzystwa.
3. Przelew praw z umowy ubezpieczenia jest możliwy wyłącznie za zgodą Towarzystwa.
4. Zawiadomienia i oświadczenia o których mowa w niniejszych ogólnych warunkach, strony mogą składać agentowi ubezpieczeniowemu, który działa w imieniu i na rzecz Towarzystwa.

§ 36. OPODATKOWANIE ŚWIADCZENIA

Towarzystwo zastrzega, iż wypłaty kwot 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 z tytułu umów ubezpieczenia regulują:

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

§ 37. DOKŁADNOŚĆ OBLICZEŃ I ZAOKRĄGLENIA

Jeżeli z umowy nie wynika inaczej, 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.

§ 38. CESJA PRAW Z UMOWY UBEZPIECZENIA

W przypadku śmierci Ubezpieczającego w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia prawa przysługujące Ubezpieczającemu na podstawie umowy ubezpieczenia oraz obowiązki ciężące na Ubezpieczającym wynikające z umowy ubezpieczenia przechodzą na Ubezpieczonego z chwilą śmierci Ubezpieczającego, pod warunkiem wyrażenia przez Ubezpieczonego zgody na powyższy przelew praw i przejęcie obowiązków.

§ 39. SKARGI, ZAŻALENIA I WŁAŚCIWOŚĆ SĄDU

1. Skargi i zażalenia na działania Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej do Zarządu Towarzystwa.
2. Skarga powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
3. Sądem właściwym do rozpatrywania wszelkich sporów wynikłych pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Ubezpieczonym Dzieckiem, uprawnionym 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, Ubezpieczonego Dziecka lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
4. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo polskie.

Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10) zostały uchwalone przez Zarząd Towarzystwa uchwałą nr 133/HDI/2012 z dnia 06.11.2012 r. i wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

WYKAZ FUNDUSZY

NAZWA FUNDUSZU	KOD FUNDUSZU	WSPÓŁCZYNNIK CENY NABYCIA JEDNOSTEK
Arka BZ WBK Obligacji Skarbowych	AR11	0
Arka BZ WBK Ochrony Kapitału	AR12	0
Arka BZ WBK Zrównoważony	AR31	0
Arka BZ WBK Akcji	AR41	0
Arka BZ WBK Akcji Środkowej i Wschodniej Europy	AR42	0
BPH Obligacji 2	BP11	0
BPH Akcji	BP41	0
BPH Akcji Europy Wschodzącej	BP42	0
BPH Akcji Dynamicznych Spółek	BP43	0
BPH Aktywnego Zarządzania	BP53	0
PKO Obligacji	CS11	0
PKO Stabilnego Wzrostu	CS21	0
PKO Zrównoważony	CS31	0
PKO Akcji	CS41	0
Investor Obligacji	DW11	0
Investor Zabezpieczenia Emerytalnego	DW21	0
Investor Zrównoważony	DW31	0
Investor Akcji Dużych Spółek	DW41	0
Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek	DW42	0
Investor Akcji	DW43	0
Investor Gold Otwarty	DW51	0
JPM Global Strategic Bond D - PLN (hedged)	JP11	0
JPM Emerging Markets Opportunities D (acc) - PLN	JP41	0
JF ASEAN Equity D (acc) - PLN	JP42	0
JPM Highbridge Diversified Commodities D-PLN (hedged)	JP51	0
HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany	HG01	0
HDI-Gerling Fundusz Bezpieczny	HG11	0

NAZWA FUNDUSZU	KOD FUNDUSZU	WSPÓŁCZYNNIK CENY NABYCIA JEDNOSTEK
HDI-Gerling LEO	HG12	0
HDI-Gerling Skarbowy	HG13	0
HDI-Gerling Fundusz Stabilnego Wzrostu	HG21	0
HDI-Gerling Fundusz Wzrostu i Dochodu	HG31	0
HDI-Gerling LIBRA	HG33	0
HDI-Gerling TAURUS	HG41	0
HDI-Gerling Portfel Modelowy Aktywnej Alokacji	HG51	0
HSBC GIF Asia ex Japan Equity	HS41	0
HSBC GIF BRIC Markets Equity	HS42	0
HSBC GIF Latin American Equity	HS43	0
ING Stabilnego Wzrostu	IN21	0
ING Zrównoważony	IN31	0
ING Akcji	IN41	0
Legg Mason Pieniężny	LM01	0
Legg Mason Senior	LM21	0
Legg Mason Strateg	LM31	0
Legg Mason Akcji	LM41	0
Pioneer Pieniężny	PI01	0
Pioneer Obligacji Plus	PI11	0
Pioneer Stabilnego Wzrostu	PI21	0
Pioneer Zrównoważony	PI31	0
Pioneer Akcji Polskich	PI41	0
Pioneer Akcji Rynków Dalekiego Wschodu	PI42	0
Pioneer Dochodu i Wzrostu Rynku Chińskiego	PI51	0
Novo Obligacji Przedsiębiorstw	SE11	0
Novo Papierów Dłużnych	SE12	0
Novo Stabilnego Wzrostu	SE21	0
Novo Zrównoważonego Wzrostu	SE31	0
Novo Akcji	SE41	0
Superfund Trend Bis	SF54	0
Skarbiec – Kasa	SK01	0
Skarbiec – Obligacja	SK11	0
Skarbiec – Depozytowy	SK12	0
Skarbiec - Top Funduszy Stabilnych	SK21	0
Skarbiec - III Filar	SK22	0
Skarbiec – Waga	SK31	0
Skarbiec – Akcja	SK41	0
Skarbiec - Top Funduszy Akcji	SK42	0
Skarbiec - Top Funduszy Zagranicznych	SK44	0
Skarbiec - Rynków Surowcowych	SK51	0
Skarbiec - Alokacji Globalnej	SK52	0
Union Investment UniKorona Pieniężny	UI01	0
Union Investment UniKorona Obligacje	UI11	0
Union Investment UniObligacje Aktywne	UI13	0
Union Investment UniBezpieczna Alokacja	UI21	0
Union Investment UniStabilny Wzrost	UI22	0
Union Investment UniKorona Zrównoważony	UI31	0
Union Investment UniKorona Akcje	UI41	0
Union Investment UniAkcje Sektory Wzrostu	UI43	0
Union Investment UniAkcje Nowa Europa	UI45	0
Union Investment UniAkcje Małych i Średnich Spółek	UI47	0

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 – PORTEFEL 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).

§ 7.

1. 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.
2. Jednostki przekazywane są na indywidualny rachunek w terminach wskazanych w OWU, z dokładnością nie mniejszą niż do trzech miejsc po przecinku (z uwzględnieniem algebraicznej konieczności zaokrągleń).

§ 8. UMORZENIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

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.

§ 9. 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.

§ 10. LIKWIDACJA FUNDUSZU

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

§ 11. OPŁATY I KOSZTY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

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 § 12 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.

§ 12. 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.

§ 13. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

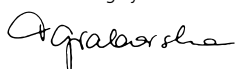
1. Wszelkie zmiany niniejszego Regulaminu dokonywane są w trybie przewidzianym dla zmian Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.
2. Wszelkie kwestie prawne nie ujęte w niniejszym Regulaminie będą rozstrzygane zgodnie z przepisami prawa polskiego.
3. W przypadku sprzeczności poszczególnych postanowień niniejszego Regulaminu z treścią postanowień OWU stosować się będzie właściwe postanowienie 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
HDI-Gerling Życie TU SA



Sławomir Waleryś

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Teresa Grabowska

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH NA WYPADK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO (IOS 10)

Ogólne Warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego (IOS10) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 5 Ogólnych Warunków Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), 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) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 2) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- 4) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

§ 2. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta przez Towarzystwo wyłącznie z Ubezpieczającym będącym tą samą osobą co Ubezpieczony.
2. 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 wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków.
3. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego z zastrzeżeniem § 3 ust. 2 i 3 ogólnych warunków.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta przez Ubezpieczającego, który w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął osiemnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

§ 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 składek należnych w okresie od miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, za który ustalana jest składka za ochronę do końca okresu ubezpieczenia umowy podstawowej 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 jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego na dzień, w którym składka 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. 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 śmierci Ubezpieczonego, należnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego do końca okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia podstawowego, chyba że wcześniej nastąpi zdarzenie, z którym ogólne warunki wiążą skutek wygaśnięcia umowy ubezpieczenia podstawowego. Umowy ubezpieczenia dodatkowego, jeśli były zawarte wygasają z dniem śmierci Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 5 poniżej.
5. Umowy ubezpieczenia dodatkowego zawarte na rzecz Ubezpieczonego Dziecka nie wygasają, a Towarzystwo pobiera składkę za ochronę z tytułu ww. umów ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z odpowiednimi postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego właściwych dla umów ubezpieczenia dodatkowego zawartych na rzecz Ubezpieczonego Dziecka.
6. W okresie przejścia opłacania składek regularnych przez Towarzystwo, wysokość sumy ubezpieczenia oraz składki regularnej w umowie ubezpieczenia podstawowego nie ulegają zmianom.
7. 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 zgon Ubezpieczonego 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 w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia także w przypadku, gdy Ubezpieczone Dziecko umyślnie przyczyniło się do zgonu Ubezpieczonego.
3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 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 od najbliższego terminu płatności składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego następującego po dniu śmierci Ubezpieczonego. Jednakże w stosunku do Towarzystwa skutki śmierci Ubezpieczonego powstają dopiero z dniem ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Towarzystwo przejmie obowiązek opłacania składki regularnej na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę i okoliczności zgonu,
 - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, oraz
 - 4) 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 polisie

bądź innym dokumencie ubezpieczenia, 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 roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony na sześćdziesiąte urodziny).
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
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 Posagowego Ubezpieczenia Przejścia Opłacania Składek Regularnych na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego, 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 133/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 06.11.2012 r., wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 10)

Ogólne Warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW10) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 5 Ogólnych Warunków Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), 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) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 2) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- 4) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależnie od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, zaistniałe w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego.

§ 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 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.
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 osiemnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego do rocznicy przypadającej w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).

§ 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 podstawowego 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 Ubezpieczonemu Dziecku lub, w przypadku śmierci Ubezpieczonego Dziecka, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, 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. 5 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, 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 w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
 - 2) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wycynowo niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda na gokartach, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie,
 - 3) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego, działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 4) znajdowania się 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,
 - 5) przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 6) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 7) poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 8) 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,
 - 9) 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
 - 13) stanów chorobowych występujących u Ubezpieczonego;
 - 14) zawału serca, udaru mózgu.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia także w przypadku, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, do którego przyczyniło się umyślnie Ubezpieczone Dziecko.
 3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 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 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 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 polisie bądź innym dokumencie ubezpieczenia, 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 roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
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 Posagowego 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 133/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 06.11.2012 r., wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU Z RENTĄ POSAGOWĄ (IRP 10)

Ogólne Warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z Rentą Posagową (IRP10) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 5 Ogólnych Warunków Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), 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) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 2) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- 4) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z Rentą Posagową zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, zaistniałe w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci ubezpieczonego;
- 6) **renta posagowa** – świadczenie wypłacane w postaci miesięcznych rat przez Towarzystwo Ubezpieczonemu Dziecku, w miesięcznej wysokości wynikającej z wariantu wybranego przez Ubezpieczającego zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w przypadku zajścia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 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 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.
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 osiemnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).

§ 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 wartości renty pewnej 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. Wartość renty pewnej jest równa sumie rat renty posagowej, która byłaby wypłacana począwszy od początku miesiąca polisowego następującego po miesiącu, za który ustalana jest składka za ochronę do końca okresu ubezpieczenia umowy podstawowej.
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. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu Dziecku świadczenia w postaci renty posagowej. Wysokość miesięcznej raty renty posagowej stanowi, wybrany przez Ubezpieczającego spośród czterech wariantów określonych w ust. 5 poniżej, procent aktualnej na dzień śmierci Ubezpieczonego sumy ubezpieczenia.
5. Wyboru jednego z poniższych wariantów renty posagowej dokonuje Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego. Ubezpieczającemu nie przysługują uprawnienie do zmiany lub odwołania w trakcie trwania umowy ubezpieczenia dodatkowego wybranej wysokości renty posagowej.
Renta posagowa może być wypłacana w wysokości:
 - 1) 1% sumy ubezpieczenia,
 - 2) 2% sumy ubezpieczenia,
 - 3) 3% sumy ubezpieczenia,
 - 4) 4% sumy ubezpieczenia.
6. Towarzystwo będzie wypłacało rentę posagową Ubezpieczonemu Dziecku począwszy od miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, w którym nastąpił zgon Ubezpieczonego, co miesiąc przez czas pozostały do końca okresu, na który została zawarta umowa podstawowa, ale nie dłużej niż do dnia śmierci Ubezpieczonego Dziecka, jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną śmierci Ubezpieczonego wystąpił w okresie udzielania ochrony przez Towarzystwo z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego,
 - 2) śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w okresie sześciu miesięcy licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo.

§ 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, 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 w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wycyznowo niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka

skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda na gokartach, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie,

- 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 6) znajdowania się 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 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;
 - 13) stanów chorobowych występujących u Ubezpieczonego;
 - 14) zawału serca, udaru mózgu.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia także w przypadku, gdy przyczyną śmierci Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, do którego przyczyniło się umyślnie Ubezpieczone Dziecko.
 3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze ogólne warunki, stosuje się odpowiednio przepisy 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 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.
3. Renta posagowa wypłacana jest wyłącznie przelewem na wskazany przez Ubezpieczonego Dziecko lub jego przedstawiciela ustawowego umowy rachunek bankowy, w terminie do 14-go dnia każdego miesiąca polisowego. W razie niepowiadomienia Towarzystwa o zmianie rachunku bankowego do 5-go dnia danego miesiąca polisowego uznaje się, iż Towarzystwo spełniło świadczenie wpłacając rentę posagową na ostatnio znany rachunek bankowy.
4. Rentę posagową należną za dany miesiąc polisowy uznaje się za wypłaconą z dniem wydania przez Towarzystwo dyspozycji przelewu należnej kwoty na wskazany rachunek bankowy.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie bądź innym dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem

- opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem śmierci Ubezpieczonego.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).
 4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego
 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 Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku z Rentą Posagową, 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, w brzmieniu zatwierdzonym uchwałą nr 133/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 06.11.2012 r., wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK TRWAŁEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (ITI 10)

Ogólne Warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (ITI10) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 5 Ogólnych Warunków Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), zawieranych przez HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA, zwane dalej Towarzystwem.

§ 1. DEFINICJE

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

- 1) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 2) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- 4) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, zaistniałe w okresie udzielania przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa lub trwałego częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego;
- 6) **trwałe całkowite inwalidztwo** – będący skutkiem nieszczęśliwego wypadku rozstrój zdrowia, uszkodzenie ciała lub zmysłu Ubezpieczonego, które uniemożliwia ubezpieczonemu wykonywanie jakiejkolwiek pracy w dowolnym zawodzie lub podejmowanie jakiejkolwiek działalności zarobkowej lub przynoszącej dochód, nieprzerwanie, przez okres co najmniej kolejnych dwunastu miesięcy od daty nieszczęśliwego wypadku, o ile według wiedzy medycznej nie ma rokowań odzyskania zdolności do pracy lub jakiejkolwiek działalności zarobkowej;
- 7) **trwałe częściowe inwalidztwo** – będąca skutkiem nieszczęśliwego wypadku utrata określonych w § 5 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego części ciała lub zmysłów, przy czym „utrata” oznacza fizyczną utratę części ciała, zmysłu lub całkowitą utratę władzy nad częścią ciała lub zmysłem;
- 8) **dzień zajścia zdarzenia** – data nieszczęśliwego wypadku, który był przyczyną powstania trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego.

§ 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 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.
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 osiemnasty rok życia i nie osiągnął pięćdziesiątego piątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na czas trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, ale nie dłużej niż do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje wystąpienie u ubezpieczonego trwałego całkowitego inwalidztwa w następstwie nieszczęśliwego wypadku oraz trwałego częściowego inwalidztwa w następstwie 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 podstawowego oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, zależnego od wariantu ubezpieczenia, 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 niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku z zachowaniem postanowień §18 i § 25 ogólnych warunków.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta tylko w jednym z dwóch wariantów: proporcjonalnym lub progresywnym na warunkach określonych w ust. 5 i 6 niniejszych ogólnych warunków. Ubezpieczający dokona wyboru danego wariantu we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego w wariantcie proporcjonalnym, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości:
 - 1) aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) określonego w § 5 niniejszych ogólnych warunków procentu aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
6. W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego w wariantcie progresywnym, z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu świadczenia w wysokości
 - a) 3,5-krotności aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku,
 - b) określonego w § 5 niniejszych ogólnych warunków procentu aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile ustalony procent trwałego częściowego inwalidztwa nie przekracza 25%,
 - c) 2-krotności określonego w § 5 niniejszych ogólnych warunków procentu aktualnej na dzień zajścia zdarzenia

sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile ustalony procent trwałego częściowego inwalidztwa jest większy niż 25% i nie przekracza 50%,

- d) 3,5-krotności określonego w § 5 niniejszych ogólnych warunków procentu aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, w przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, o ile ustalony procent trwałego częściowego inwalidztwa jest większy niż 50% i nie przekracza 99%.
7. Świadczenie z tytułu trwałego całkowitego inwalidztwa lub trwałego częściowego inwalidztwa Towarzystwo spełni w przypadku łącznego zaistnienia następujących warunków:
 - 1) nieszczęśliwy wypadek będący przyczyną wystąpienia trwałego inwalidztwa nastąpił w okresie udzielania ochrony przez Towarzystwo, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego,
 - 2) do trwałego inwalidztwa 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 inwalidztwa.

§ 5. TRWAŁE CZĘŚCIOWE INWALIDZTWO

1. W przypadku wystąpienia trwałego częściowego inwalidztwa Towarzystwo wypłaca świadczenie określone w § 4 ust. 5, lub 6, zgodnie z wybranym przez Ubezpieczającego wariantem ubezpieczenia stosując poniższe zestawienie wartości procentowych inwalidztwa:

UTRATA CZĘŚCI CIAŁA	% INWALIDZTWA
Kończyny górnej:	
na wysokości stawu barkowego	70%
na wysokości ramienia, to jest pomiędzy stawem barkowym a łokciowym	65%
na wysokości przedramienia, to jest pomiędzy stawem łokciowym a nadgarstkowym	60%
na wysokości stawu nadgarstkowego (utrata dłoni)	55%
Kciuka na wysokości stawu międzypalczkowego lub powyżej	20%
Palca wskazującego na wysokości stawu międzypalczkowego lub powyżej	10%
Innego palca ręki na wysokości stawu międzypalczkowego lub powyżej	5%
Kończyny dolnej:	
na wysokości stawu biodrowego	70%
na wysokości uda, to jest pomiędzy stawem biodrowym a kolanowym	60%
na wysokości poniżej stawu kolanowego	50%
na wysokości podudzia, to jest pomiędzy stawem kolanowym a skokowym	45%
na wysokości stawu skokowego (utrata stopy)	40%
na wysokości stawu skokowego (utrata stopy) z wyłączeniem pięty	30%
Dużego palca u nogi na wysokości stawu śródstopno-palczkowego	5%
Innego palca u nogi na wysokości stawu śródstopno-palczkowego	2%
UTRATA ZMYŚŁÓW	
% INWALIDZTWA	
Całkowita utrata wzroku obuoczną	100%
Całkowita utrata wzroku w jednym oku	30%
Całkowita utrata słuchu obustronna	60%
Całkowita utrata słuchu w jednym uchu	15%
Całkowita utrata węchu	10%

2. Łączny procent inwalidztwa stanowiący podstawę do wypłaty świadczenia orzeczony przez Towarzystwo w trakcie trwania umowy ubezpieczenia zgodnie z treścią zestawienia wskazanego w ust. 1 nie może przekroczyć 100%.

§ 6. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli przyczyną całkowitego trwałego inwalidztwa lub trwałego częściowego inwalidztwa 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 w innych pismach – za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy,
 - 3) uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczerpująco niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda na gokartach, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie,
 - 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 5) działania Ubezpieczonego pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,
 - 6) znajdowania się 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 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,
 - 13) stanów chorobowych występujących u Ubezpieczonego, zawału serca, udaru mózgu.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, gdy trwale inwalidztwo Ubezpieczonego powstało w obrębie narządu, organu lub zmysłu, którego funkcje przed dniem nieszczęśliwego wypadku były już upośledzone, stopień trwałego inwalidztwa, jakiego doznał Ubezpieczony, ustalany jest jako różnica stopnia upośledzenia funkcji narządu, organu lub zmysłu przed i po nieszczęśliwym wypadku.
4. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach, jeżeli trwale całkowite inwalidztwo Ubezpieczonego zaistniało w okresie odpowiedzialności Towarzystwa jest następstwem trwałego częściowego inwalidztwa, które wystąpiło przed objęciem ubezpieczonego ochroną na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego.
5. Jeżeli w okresie trwania odpowiedzialności Towarzystwa, przewidzianej w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu występuje kolejne trwale częściowe inwalidztwo określone w § 5, świadczenie Towarzystwa wypłacane jest w wysokości

różnicy pomiędzy wartością świadczenia ustaloną na podstawie zestawienia (§ 5) a wartością świadczenia już wypłaconego z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego trwałego częściowego inwalidztwa w obrębie tego samego organu, narządu lub zmysłu.

6. Jeżeli Ubezpieczony zmarł w okresie do sześciu miesięcy od dnia nieszczęśliwego wypadku, na skutek którego wystąpiło u Ubezpieczonego trwale inwalidztwo, 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 umowy ubezpieczenia podstawowego o świadczenie wypłacone z umowy ubezpieczenia dodatkowego.

§ 7. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

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 przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu trwałego inwalidztwa Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) orzeczenia wydanego przez uprawniony organ, stwierdzającego trwałą całkowitą niezdolność do pracy przez okres co najmniej dwunastu miesięcy, o ile takie orzeczenie zostało wydane,
 - 3) dokumentacji medycznej z przebiegu leczenia Ubezpieczonego,
 - 4) raportu policyjnego lub innego dokumentu potwierdzającego zaistnienie i okoliczności nieszczęśliwego wypadku, o ile taki raport lub inny dokument został sporządzony,
 - 5) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia, oraz
 - 6) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia, Towarzystwo ma prawo skierować Ubezpieczonego na badanie lekarskie przed powołaną przez Towarzystwo komisję lekarską, w celu stwierdzenia zasadności roszczenia. Koszty badań komisji pokrywa Towarzystwo.

§ 8. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie bądź innym dokumencie ubezpieczenia, 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 roku życia (w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego w rocznicę przypadającą w roku kalendarzowym, w którym Ubezpieczony ma sześćdziesiąte urodziny).
3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego, a także najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego.
4. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa z dniem podjęcia decyzji przez Towarzystwo o wypłacie świadczenia z tytułu powstania trwałego całkowitego inwalidztwa, a także w przypadku gdy łączny procent orzeczonego trwałego częściowego inwalidztwa z tytułu jednego bądź wielu nieszczęśliwych wypadków przekroczy 100%.
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.

§ 9. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Do Umów Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku, 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 133/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 06.11.2012 r., wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO POSAGOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK POWAŻNEGO ZACHOROWANIA UBEZPIECZONEGO DZIECKA (IPZ 10)

Ogólne Warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Dziecka (IPZ10) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia dodatkowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 2 ust. 5 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), 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) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Posagowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10);
- 2) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 3) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt. 1;
- 4) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia na Wypadek Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Dziecka zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **poważne zachorowanie** – zdarzenie określone w § 3 ust. 2 niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **dzień zajścia zdarzenia** – za dzień zajścia zdarzenia, w zależności od rodzaju poważnego zachorowania przyjmuje się datę:
 - a) rozpoznania choroby – w przypadku choroby,
 - b) przeprowadzenia zabiegu – w przypadku zabiegu,
 - c) wypadku – w przypadku poważnego zachorowania będącego następstwem wypadku,
 - d) przeprowadzenia zabiegu lub umieszczenia na liście biorców, w zależności od tego, która z tych dat jest wcześniejsza – w przypadku przeszczepu narządów.

§ 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 każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, z tym że w takim przypadku umowa ubezpieczenia dodatkowego zostanie zawarta w najbliższą rocznicę polisy po złożeniu ww. wniosku. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego z zastrzeżeniem § 3 ust 2 i 3 ogólnych warunków.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego Dziecka, które w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnęło drugi rok życia i nie osiągnęło piętnastego roku życia.
4. 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. 5.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego Dziecka.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego i obejmuje wystąpienie u Ubezpieczonego Dziecka poważnego zachorowania określonego poniżej:
 - 1) Nowotwór złośliwy – choroba charakteryzująca się wystąpieniem złośliwego guza, którego komórki charakteryzują się niekontrolowanym rozrostem, rozprzestrzenianiem oraz inwazją tkanek. Rozpoznanie musi być udokumentowane badaniem histopatologicznym potwierdzonym

- przez specjalistę histopatologa. Do nowotworów złośliwych zaliczane są również białaczki oraz złośliwe choroby układu chłonnego, takie jak ziarnica złośliwa (choroba Hodgkina).
- Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte:
- każdy przedinwazyjny rak szyjki macicy w stopniu CIN
 - wszelkie zmiany (guzy) przednowotworowe
 - wszelkie przypadki nowotworu nieinwazyjnego (carcinoma in situ)
 - rak podstawnokomórkowy skóry oraz rak kolczystokomórkowy skóry
 - czerniak złośliwy w stadium zaawansowania IA (T1a N0 M0) wg klasyfikacji TNM
 - nowotwory współistniejące z infekcją HIV.
- 2) Schyłkowa niewydolność nerek – przewlekła choroba nerek w okresie schyłkowym z przewlekłą, nieodwracalną niewydolnością obu nerek, wymagającą regularnego stosowania dializ (hemodializ lub dializ otrzewnowych) albo przeprowadzenia przeszczepu nerki. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę nefrologa.
 - 3) Utrata wzroku – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata widzenia obu oczu w następstwie choroby lub wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę chorób oczu oraz udokumentowana wynikami odpowiednich badań specjalistycznych.
 - 4) Przeszczep narządu – przebycie jako biorca operacji przeszczepienia serca, płuc, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, nerki lub szpiku kostnego. Fakt przeprowadzenia zabiegu przeszczepu musi być potwierdzony przez lekarza specjalistę.
 - 5) Paraliż – całkowita i nieodwracalna utrata władzy w co najmniej dwóch kończynach wskutek porażenia, spowodowana uszkodzeniem rdzenia kręgowego w przebiegu choroby lub wypadku. Wymaga się potwierdzenia występowania paraliżu przez okres co najmniej trzech miesięcy przez specjalistę neurologa. Odpowiedzialnością Towarzystwa nie jest objęte porażenie na skutek zespołu Guillaina-Barre.
 - 6) Łagodny guz mózgu – guz mózgu nie sklasyfikowany jako złośliwy, którego operacyjne usunięcie, przeprowadzone w znieczuleniu ogólnym, doprowadziło do trwałych ubytków neurologicznych. W przypadkach guzów nieoperacyjnych warunkiem uznania roszczenia jest wystąpienie trwałych, nieodwracalnych neurologicznych objawów ubytkowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę i udokumentowane typowymi nieprawidłowościami stwierdzonymi w badaniach obrazowych – tomografii komputerowej (CT) lub rezonansie magnetycznym (MRI) mózgu. Określenie „trwały” ubytek neurologiczny oznacza, że objawy neurologiczne utrzymują się przez okres co najmniej sześciu miesięcy, co powinno zostać potwierdzone odpowiednią dokumentacją medyczną. Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte: torbiele, ziarniaki, malformacje naczyniowe, krwaki oraz nowotwory przysadki mózgowej i rdzenia kręgowego.
 - 7) Śpiączka – stan nieprzytomności utrzymujący się przez minimum 96 godzin charakteryzujący się całkowitym brakiem reakcji organizmu na bodźce zewnętrzne oraz jego potrzeby wewnętrzne, wymagający wykorzystywania systemu podtrzymywania życia, skutkujący występowaniem trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza anestezjologa, wymaga się udokumentowania występowania ubytków neurologicznych przez okres co najmniej sześciu miesięcy. Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte śpiączki powstałe wskutek nadużycia alkoholu lub narkotyków.
 - 8) Utrata słuchu – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach będąca następstwem choroby lub wypadku. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę otorynolaryngologa oraz udokumentowane badaniem audiometrycznym.
 - 9) Ciężkie oparzenie – oparzenia trzeciego stopnia zajmujące co najmniej 20% powierzchni ciała. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę i udokumentowane wynikami badań specjalistycznych. Przy ocenie powierzchni oparzenia stosuje się tabelę Lund Browdera lub inną, równoważną metodę oceny powierzchni oparzenia.
 - 10) Poliomielit – ostre zakażenie wirusem Polio, prowadzące do wystąpienia niedowładów z następnym upośledzeniem funkcji układu ruchu lub oddechowego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza specjalistę i udokumentowane wynikami badań specjalistycznych
- wykazujących obecność wirusa Polio w organizmie (np. badania stolca, płynu mózgowo-rdzeniowego lub badania w kierunku obecności specyficznych przeciwciał we krwi). Odpowiedzialnością Towarzystwa nie są objęte: przypadki, w których nie wystąpiły niedowłady oraz w których niedowład wystąpił z innej przyczyny niż zakażenie wirusem Polio.
- 11) Przewlekłe układowe młodzieńcze zapalenie stawów (choroba Still'a) – jeden z typów młodzieńczej postaci przewlekłego zapalenia stawów cechujący się wysoką gorączką i występowaniem objawów choroby układowej, które mogą pojawić się kilka miesięcy przed dolegliwościami stawowymi. Rozpoznanie choroby musi być potwierdzać charakterystyczne dla niej objawy: codzienne „rzuty” wysokiej gorączki, przelotnie występująca wysypka, cechy zapalenia stawów, powiększenie śledziony, limfadenopatia, zapalenie błon surowiczych, utrata masy ciała, w badaniach dodatkowych leukocytoza z granulocytozą, podwyższony poziom białek ostrej fazy oraz ujemne wyniki testów w kierunku występowania przeciwciał przeciwjądrowych (ANA) i czynnika reumatoidalnego (RF). Rozpoznanie musi być potwierdzone przez reumatologa dziecięcego, wymaga się udokumentowania występowania wyżej wymienionych objawów przez okres co najmniej 6 miesięcy.
 - 12) Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych – zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych spowodowane zakażeniem bakteryjnym, prowadzące do poważnego i trwałego upośledzenia funkcji słuchu, wzroku, ruchu lub mowy, napadów drgawek, zaburzeń psychiatrycznych, poznawczych i intelektu. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Należy przedłożyć wyniki badań specjalistycznych, potwierdzających trwały i nieodwracalny charakter upośledzeń. Wymaga się udokumentowania występowania ww. upośledzeń przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
 - 13) Poważny uraz głowy – ciężkie uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie urazu otwartego lub zamkniętego głowy, prowadzące do poważnego i trwałego upośledzenia funkcji słuchu, wzroku, ruchu lub mowy, napadów drgawek, zaburzeń psychiatrycznych, poznawczych i intelektu. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Należy przedłożyć wyniki badań specjalistycznych, potwierdzających trwały i nieodwracalny charakter upośledzeń. Wymagane jest udokumentowanie występowania ww. upośledzeń przez okres co najmniej sześciu miesięcy.
 - 14) Zapalenie mózgu – zapalenie tkanki mózgowej (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) spowodowane zakażeniem bakteryjnym lub wirusowym, prowadzące do poważnego i trwałego upośledzenia funkcji słuchu, wzroku, ruchu lub mowy, napadów drgawek, zaburzeń psychiatrycznych, poznawczych i intelektu. Jednoznaczne rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa. Należy przedłożyć wyniki badań specjalistycznych, potwierdzających trwały i nieodwracalny charakter upośledzeń. Wymagane jest udokumentowanie występowania ww. upośledzeń przez okres co najmniej sześciu miesięcy.

§ 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 50% sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego aktualnej na dzień ustalenia składki, ale nie więcej niż 75.000 (siedemdziesiąt pięć 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. Roczny współczynnik ryzyka jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego Dziecka 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 Dziecka.
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 nieprzedłużeniu umowy ubezpieczenia dodatkowego na kolejny rok.
6. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Dziecka polega na obowiązku wypłaty Ubezpieczonemu Dziecku lub, w przypadku śmierci Ubezpieczonego Dziecka, osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków, świadczenia w wysokości 50% aktualnej na dzień zajścia zdarzenia sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w umowie ubezpieczenia podstawowego, jednakże nie więcej niż 75 000 (siedemdziesiąt pięć tysięcy) złotych.
7. Towarzystwo wypłaci co najwyżej jedno świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od liczby i rodzaju poważnych zachorowań określonych w § 3 ust. 2, które wystąpiły w okresie odpowiedzialności Towarzystwa.

§ 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w przypadku poważnych zachorowań, które:
 - 1) zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego Dziecka 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 zostały zdiagnozowane u Ubezpieczonego Dziecka 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 Dziecka 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 Dziecka, jeżeli poważne zachorowanie Ubezpieczonego Dziecka 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 lub Ubezpieczone Dziecko (lub jego przedstawiciela ustawowego, w przypadku gdy Ubezpieczone Dziecko jest niepełnoletnie), o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia dodatkowego w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie i podanie nieprawdy.
- 3) uprawiania przez Ubezpieczone Dziecko amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda na gokartach, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 4) samookaleczenia się Ubezpieczonego Dziecka lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczone Dziecko,
- 5) działania Ubezpieczonego Dziecka pod wpływem, w stanie lub w warunkach choroby psychicznej lub zaburzeń psychicznych,

- 6) znajdowania się Ubezpieczonego Dziecka 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 nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych),
 - 8) skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej,
 - 9) poddania się przez Ubezpieczone Dziecko zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 10) prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczone Dziecko, jeżeli Ubezpieczone Dziecko nie posiadało odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez Ubezpieczone dziecko pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych,
 - 11) choroby AIDS Ubezpieczonego Dziecka lub zarażenia wirusem HIV i pochodnymi, stanu zdrowia Ubezpieczonego Dziecka lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe lub że zatajono istotne przy zawieraniu umowy okoliczności i uwolnić się na tej podstawie od odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, zawartej w oparciu o niniejsze ogólne warunki, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu poważnego zachorowania Ubezpieczonego Dziecka na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego 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 ustalonym w polisie bądź innym dokumencie ubezpieczenia, 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 najpóźniej w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego oraz w dniu zajścia zdarzenia w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego.
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 Poważnego Zachorowania Ubezpieczonego Dziecka, 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 133/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 06.11.2012 r., wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ ASSISTANCE DLA UBEZPIECZONEGO (IAS 10)

Niniejsze ogólne warunki Dodatkowego Posagowego Ubezpieczenia Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego (IAS 10), zwane dalej OWDU, stanowią podstawę do rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej udzielanej w ramach umów ubezpieczenia Posagowego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Posagowego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Posag” (IFK 10), zwanych dalej ogólnymi warunkami.

§ 1. POSTANOWIENIA OGÓLNE

Wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **centrum operacyjne (świadczeniodawca): Mondial Assistance sp. z o.o.** – przedstawiciel Towarzystwa udzielającego świadczeń assistance, którego adres i numer telefonu podany jest do wiadomości Ubezpieczonych przez Towarzystwo za pośrednictwem Ubezpieczającego;
- 2) **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;
- 3) **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;
- 4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
- 5) **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;
- 6) **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;
- 7) **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;
- 8) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 9) **wariant ubezpieczenia** – wybrany przez Ubezpieczającego zakres świadczeń assistance;
- 10) **osoba niesamodzielną** – osoba zamieszkująca w miejscu pobytu Ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, wiek lub wady wrodzone wymaga stałej opieki;
- 11) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działające na podstawie obowiązujących przepisów prawa w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- 12) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 13) **Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA;
- 14) **ubezpieczenie dodatkowe** – Dodatkowe Ubezpieczenie Świadczeń Assistance dla Ubezpieczonego;
- 15) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rzecz której zawarto umowę ubezpieczenia, na podstawie niniejszych ogólnych warunków;
- 16) **wypadek lub nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną o charakterze losowym, 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, zawał serca, udar mózgu oraz inne choroby o nagłym przebiegu;

- 17) **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

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
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 każdym 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.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i odnawiana automatycznie na okres kolejnego roku, o ile jedna ze stron umowy nie przekaze 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. 4.
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.
5. Zakres ubezpieczenia w ramach ubezpieczenia dodatkowego obejmuje następujące świadczenia:
 - 1) udzielenie pomocy Ubezpieczonemu w razie wystąpienia zdarzenia,
 - 2) 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),
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne,
 - 4) infolinia „Baby assistance”.
6. Zakres ubezpieczenia jest uzależniony od wariantu ubezpieczenia. Świadczenia przysługujące Ubezpieczonemu w ramach danego wariantu określone są w tabeli, stanowiącej Załącznik nr 1 do OWDU.
7. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 5 pkt 1) Towarzystwo gwarantuje Ubezpieczonemu organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów:
 - 1) 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;
 - 2) wizyta pielęgniarki w związku z wypadkiem – organizacja i pokrycie kosztów dojazdów do miejsca pobytu Ubezpieczonego i honorariów pielęgniarki,
 - 3) dostarczenie leków – dostarczenie do miejsca pobytu leków zaordynowanych przez lekarza w sytuacji, gdy Ubezpieczony w następstwie zdarzenia objętego ochroną wymaga leżenia,
 - 4) 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 według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia Ubezpieczonego,
 - 5) 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 według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia ubezpieczonego;
 - 6) transport medyczny między placówkami medycznymi – transport z placówki medycznej do innej placówki medycznej w przypadku gdy:
 - a) placówka, w której przebywa Ubezpieczony, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia,

- b) Ubezpieczony skierowany jest na badania specjalistyczne lub zabieg chirurgiczny w innej placówce medycznej. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia ubezpieczonego,
- 7) osobisty asystent – usługa obejmująca w zależności od wskazań lekarza uprawnionego i woli Ubezpieczonego, zorganizowanie osoby, która będzie towarzyszyć Ubezpieczonemu podczas transportu medycznego i będzie mu służyć pomocą przy załatwianiu formalności w szpitalu; 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 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) organizuje 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 zł 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 liczoną 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 zł. 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 zł dla Wariantu I, 1500 zł dla Wariantu II oraz 2000 zł 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 nieprzedłużeniu 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 lub osoba występująca w jego imieniu nie mogły skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sam pokrył koszt świadczeń wynikających z ubezpieczenia dodatkowego wówczas Towarzystwo zwróci ubezpieczonemu poniesione koszty na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i zasadność roszczenia oraz poniesione koszty pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 30 (trzydziestu) dni od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Zwrot kosztów następuje na podstawie dokumentu stwierdzającego przyczynę zdarzenia, zakres udzielonej pomocy medycznej oraz rachunków lub oryginalnych dowodów ich zapłaty.

§ 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:

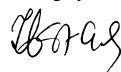
- 1) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 2) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub
- 3) kosztów poniesionych przez Ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia Centrum operacyjnego, nawet gdy koszty 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 wskazań estetycznych, helioterapii lub epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru lub 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
 - b) chorób psychicznych lub
 - c) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa przez Ubezpieczonego lub
 - d) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: alpinizmu, baloniarstwa, lotniarstwa, lotnictwa, nurkowania przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoków na gumowej linie, spadochroniarstwa, speleologii, sportów motorowodnych, szybownictwa, wyścigów samochodowych i motocyklowych lub
 - e) 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
 - f) poddania się przez Ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza lub
 - g) próby samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę, niezależnie od stanu poczytalności lub
 - h) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS) lub
 - i) 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 określonym w dokumencie ubezpieczenia pod warunkiem opłacenia składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie ogólnych warunków.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu ubezpieczenia dodatkowego wygasa w dniu śmierci Ubezpieczonego, a także najpóźniej w dniu wygaśnięcia odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków.
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 133/HDI/2012 z dnia 06.11.2012 r. i wchodzi w życie z dniem 23.11.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

ZDARZENIE UBEZPIECZENIOWE	ZAKRES ŚWIADCZEŃ	LIMITY		
		WARIANT I	WARIANT II	WARIANT III
nieszczęśliwy wypadek lub choroba	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
	opieka nad dziećmi i osobami niesamodzielnymi			x
	transport dzieci i osób niesamodzielnych			x
nieszczęśliwy wypadek	wizyta lekarza	x	x	x
	wizyta pielęgniarki	x	x	x
trudna sytuacja losowa	opieka psychologa		x	x
ciężkie zachorowanie	konsylium lekarskie			x
nieszczęśliwy wypadek skutkujący inwalidztwem	dostosowanie miejsca pracy			1 000 zł
utrata pracy z przyczyn leżących po stronie pracodawcy	utrata pracy (pakiet informacyjny, informacja telefoniczna, aktywne poszukiwanie pracy, pomoc psychologa po utracie pracy)		500 zł dotyczy pomocy psychologa	500 zł dotyczy pomocy psychologa
niezależnie od wystąpienia zdarzenia	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
Łączny limit na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe:		1 000 zł	1 500 zł	2 000 zł

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Paweł Bednarek

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

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