

Ubezpieczenie na Życie Związane
z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

MEGA PROFIT

Ogólne warunki ubezpieczenia

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ZWIĄZANE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA PROFIT” (IFP 01)

SPIS TREŚCI

Strona

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA

Rozdział I	Postanowienia ogólne	5
Rozdział II	Składka	5
Rozdział III	Świadczenia.....	7
Rozdział IV	Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy	7
Rozdział V	Wykup ubezpieczenia	8
Rozdział VI	Oplaty	9
Rozdział VII	Postanowienia końcowe	10
Tabela Oplat i Minimalnych Wartości do Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit” (IFP 01)		11
Aneks nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit” (IFP 01)		13
Aneks nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit” (IFP 01)		14
Aneks nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit” (IFP 01)		15

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE ZWIĄZANE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „MEGA PROFIT” (IFP 01)

Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia stosują się do indywidualnych umów Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym.

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§1. DEFINICJE

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

Fundusz – wydzielona część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego o określonej w Strategiach Funduszy strategii inwestycyjnej;

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

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

konto dodatkowe – część indywidualnego rachunku, na którym są zapisane jednostki pochodzące z wpłat składek dodatkowych;

konto regularne – część indywidualnego rachunku, na którym są zapisane jednostki pochodzące z wpłat składek regularnych;

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

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

ogólne warunki ubezpieczenia lub ogólne warunki – niniejsze ogólne warunki Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit”;

polisa – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy;

Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym;

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

rok polisy albo rok polisowy – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdą rocznicę polisy,

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

składka regularna – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminach i wysokości określonych w umowie ubezpieczenia;

Towarzystwo – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;

Ubezpieczający – strona umowy ubezpieczenia zobowiązana do opłacania składek;

Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek

ubezpieczeniowych wpłaconych na podstawie umów Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym, lokowany w Fundusze i zarządzany przez Towarzystwo zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego;

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

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

Uposażony – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego jako uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego;

Uposażony Zastępczy – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczonego, uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku braku Uposażonego albo jeżeli żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia;

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

wartość konta dodatkowego – wartość wszystkich jednostek zapisanych na koncie dodatkowym;

wartość konta regularnego – wartość wszystkich jednostek zapisanych na koncie regularnym.

§2. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu Ubezpieczonego (ochrona).
2. Ubezpieczonym może być osoba, której wiek w dniu podpisania wniosku wynosi nie więcej niż 60 (sześćdziesiąt) lat. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym został podpisany wniosek, i roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony się urodził. Wiek Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ustala się jako sumę jego wieku w dacie podpisania wniosku i liczby lat polisowych, które upłynęły.
3. Ochrona rozpoczyna się w dniu wystawienia polisy.

§3. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy na formularzu Towarzystwa, wpłacając jednocześnie zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku.
2. Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach. Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może na własny koszt skierować Ubezpieczonego na powyższe badania.
3. W razie odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego zaliczkę na poczet pierwszej składki regularnej.
4. Umowa jest zawierana na czas nieokreślony w jednym z trzech wariantów ubezpieczenia:
 - Silver,
 - Gold,
 - Platinum.

Wariant ubezpieczenia może ulec zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia w przypadku podwyższenia składki regularnej na mocy postanowień §8 lub §9, o ile wysokość składki regularnej, do opłacania której Ubezpieczający jest zobowiązany, spełnia warunki dotyczące minimalnej składki regularnej dla danego wariantu ubezpieczenia podane w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ II SKŁADKA

§4. SKŁADKA REGULARNA

1. Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z góry miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w wysokości i terminach określonych w umowie. Termin płatności składki

regularnej jest zachowany, jeżeli przed jego upływem cała należna kwota składki regularnej wpłynie na rachunek bankowy Towarzystwa ostatnio wskazany Ubezpieczającemu na piśmie.

2. W dniu wystawienia polisy zaliczka na poczet składki, o której mowa w §3 ust. 1, stanowi pierwszą składkę regularną.
3. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko lub, w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą, nazwę firmy 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 konta regularnego.
5. Towarzystwo, dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia, określa minimalną wysokość miesięcznej, kwartalnej, półrocznej i rocznej składki regularnej, podając ją w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

55. 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. W razie dokonania wpłaty niższej niż minimalna składka dodatkowa, Towarzystwo zwróci wpłaconą kwotę Ubezpieczającemu w terminie 30 (trzydziestu) dni od dnia wpływu tej kwoty na rachunek bankowy Towarzystwa, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Przy dokonywaniu płatności Ubezpieczający ma obowiązek podać imię i nazwisko lub, w przypadku Ubezpieczającego będącego przedsiębiorcą, nazwę firmy 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 konta dodatkowego.
5. Towarzystwo dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia ustala minimalną wysokość składki dodatkowej, która jest podawana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. W przypadku gdy kwota wpłaconej składki dodatkowej będzie niższa niż wskazana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaliczenia wpłaconej kwoty na poczet wymagalnych, jak i przyszłych składek regularnych.

56. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej oraz jeżeli wartość konta dodatkowego umożliwi pokrycie składki regularnej, po upływie 25 (dwudziestu pięciu) dni opóźnienia, Towarzystwo zastrzega sobie prawo pokrycia zaległej składki regularnej poprzez umorzenie jednostek z konta dodatkowego, proporcjonalnie do wartości jednostek poszczególnych Funduszy. 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 1 (jeden) miesiąc polisowy, licząc od określonego w umowie terminu jej płatności (okres prolongaty). Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wyznaczenia dodatkowego okresu do zapłaty zaległej składki regularnej bez względu na wartość konta dodatkowego. 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 1 (jeden) miesiąc polisowy, licząc od dnia upływu okresu prolongaty, i zawiadamia Ubezpieczającego o skutkach niezapłacenia składki regularnej w piśmie przesłanym na ostatni, znany Towarzystwu, adres Ubezpieczającego. W terminie dodatkowym Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej, przewidzianej daną umową. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do pokrycia zaległej składki regularnej poprzez umorzenie jednostek z konta dodatkowego, proporcjonalnie do wartości jednostek poszczególnych Funduszy. W takim przypadku składkę regularną uznaje się za opłaconą.

4. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął w okresie 2 (dwóch) lat polisowych od zawarcia umowy, umowa ubezpieczenia wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do 30 (trzydziestu) dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości konta dodatkowego z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
5. Jeżeli w terminie dodatkowym nie zostanie zapłacona zaległa składka regularna, której określony w umowie termin płatności upłynął po 2 (dwóch) latach polisowych od zawarcia umowy, skutki niezapłacenia takiej składki regularnej uzależnione od wartości konta regularnego są określone postanowieniami ust. 6 – 8 niniejszego paragrafu.
6. Jeżeli wartość konta regularnego będzie niższa od minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych, lub Ubezpieczający nie złoży wniosku, o którym mowa w §7 ust. 1, umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7, wygasa w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do 30 (trzydziestu) dni od dnia wygaśnięcia umowy, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, jeżeli taka kwota będzie występować.
7. Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawieszenie opłacania składek na pisemny wniosek Ubezpieczającego, poczynając od terminu płatności zaległej składki, zgodnie z postanowieniami §7.
8. Jeżeli w terminie dodatkowym dojdzie do umorzenia wszystkich jednostek zapisanych na koncie regularnym, umowa i ochrona przewidziana umową wygasają w dniu dokonania takiego umorzenia, a Towarzystwo w terminie do 30 (trzydziestu) dni od dnia wygaśnięcia umowy wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości konta dodatkowego z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.

57. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Po opłaceniu składek regularnych za pierwsze 2 (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 pod adres siedziby Towarzystwa nie później niż przed upływem 50 (pięćdziesięciu) dni, licząc od terminu płatności składki regularnej, od którego rozpocznie się okres zawieszenia opłacania składek regularnych,
 - 3) w dniu wyrażenia zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych wartość konta regularnego będzie wyższa lub równa minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków, jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych.
2. Jeżeli warunki określone w ust. 1 będą spełnione, Towarzystwo potwierdzi na piśmie swoją zgodę na zawieszenie opłacania składek regularnych, wskazując początek okresu zawieszenia oraz najbliższy termin płatności składki regularnej, przypadający po okresie zawieszenia. W przypadku gdy zaległa składka regularna została opłacona poprzez umorzenie jednostek z konta dodatkowego, zgodnie z postanowieniami §6 ust.1 lub ust. 3, Towarzystwo wyznaczy początek okresu zawieszenia w kolejnym terminie płatności składki regularnej. Jednocześnie okres zawieszenia opłacania składek regularnych nie może trwać dłużej niż 12 (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 24 (dwudziestu czterech) miesięcy polisowych, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
4. W czasie trwania umowy suma okresów zawieszenia opłacania składek regularnych nie może przekroczyć łącznie 24 (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.

§8. ZMIANA TERMINÓW PŁATNOŚCI I WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę terminów płatności i podwyższenie wysokości składki regularnej. Zmiana ta, po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, w trybie określonym w ust. 2, odnosi skutek od najbliższej rocznicy polisy, przypadającej po doręczeniu Towarzystwu powyżej wymienionego wniosku, o ile wszystkie wymagalne składki regularne są w całości opłacone. Wniosek należy złożyć/dostarczyć pod adresem siedziby Towarzystwa nie później niż na 14 (czternaście) dni przed rocznicą polisy.
2. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.

§9. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W terminie 30 dni przed rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu indeksację składki regularnej, podając procentowy wskaźnik indeksacji oraz wynikającą z jego zastosowania proponowaną wysokość składki regularnej. Wskaźnik indeksacji określa Towarzystwo.
2. Ubezpieczający przyjmuje propozycje indeksacji składki regularnej, o której mowa w ust. 1, przez jej opłacenie w pełnej kwocie, tj. w wysokości wynikającej z indeksacji składki, nie później niż w dniu najbliższej rocznicy polisy. Przyjęcie przez Ubezpieczającego propozycji Towarzystwa powoduje po stronie Ubezpieczającego obowiązek opłacania składki regularnej w wysokości wynikającej z indeksacji w każdym terminie płatności składki regularnej, chyba że jej wysokość ulegnie zmianie, zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków.
3. Ubezpieczający, który nie dokona płatności składki regularnej zgodnie z postanowieniami ust. 2, jest zobowiązany do opłacania składki w dotychczasowej wysokości.

ROZDZIAŁ III ŚWIADCZENIA

§10. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

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

- 1) sumie wpłaconych składek regularnych, pomniejszoną o kwotę częściowych wykupów dokonanych zgodnie z postanowieniami §19 i opłat za dokonanie tych wykupów albo
- 2) wartości konta regularnego z dnia zgonu, w zależności od tego, która z tych kwot jest wyższa.

Ponadto Towarzystwo wypłaci Uposażonemu wartość konta dodatkowego, o ile wartość ta występuje.

§11. UPOSAŻONY

1. Ubezpieczony w każdym czasie może wskazać Uposażonego, któremu ma być wypłacone świadczenie na wypadek zgonu Ubezpieczonego.
2. Powyższe uprawnienie Ubezpieczony wykonuje przez doręczenie Towarzystwu oświadczenia, które powinno zawierać:
 - 1) dane umożliwiające identyfikację Uposażonego,
 - 2) wskazanie, że Uposażony ma prawo do całości albo odpowiedniej, wyrażonej procentowo części świadczenia, datę złożenia oświadczenia,
 - 3) datę złożenia oświadczenia,
 - 4) podpis Ubezpieczonego.
3. Oświadczenie o wskazaniu Uposażonego może być złożone we wniosku o zawarcie umowy pod warunkiem i ze skutkiem od dnia jej zawarcia.
4. Oświadczenie o zmianie lub odwołaniu Uposażonego zawiera wszystkie dane określone w ust. 2 i wywołuje skutki prawne od dnia złożenia/dostarczenia pod adresem siedziby Towarzystwa.
5. Jeżeli Ubezpieczony wskazał kilku Uposażonych, udział Uposażonego, którego wskazanie na dzień zgonu Ubezpieczonego jest bezskuteczne, przypada pozostałym Uposażonym proporcjonalnie do ich udziałów w świadczeniu, w przypadku wskazania takich udziałów przez Ubezpieczonego. Jeżeli wskazanie pozostaje skuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego jedynie wobec jednego Uposażonego, świadczenie przypada w całości temu Uposażonemu.
6. Gdy brak jest Uposażonego lub gdy żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia, uprawnionymi do otrzymania świadczenia są Uposażeni Zastępczy.

Postanowienia ustępów powyżej stosuje się odpowiednio do Uposażonego Zastępczego.

7. Jeżeli Ubezpieczony nie wskaże żadnego Uposażonego albo gdy wskazanie w stosunku do wszystkich Uposażonych oraz Uposażonych Zastępczych jest bezskuteczne na dzień zgonu Ubezpieczonego, świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje członkowi rodziny Ubezpieczonego lub innej osobie, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) dzieci,
 - 3) rodzice,
 - 4) rodzeństwo,
 - 5) inne osoby, zaliczane zgodnie z kodeksem cywilnym do grona spadkobierców ustawowych Ubezpieczonego.

§12. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową powinno być złożone/dostarczone pod adresem siedziby Towarzystwa.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia, o którym mowa w ust. 1, w terminie 7 (siedmiu) dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest osobą występującą z tym zawiadomieniem, oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego na podstawie:
 - 1) wniosku o przyznanie świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) skróconego odpisu aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 4) innych dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
4. Towarzystwo spełni świadczenie w terminie do 30 (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 14 (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 30 (trzydziestu) dni od dnia jego otrzymania.
7. W przypadku odmowy wypłaty świadczenia lub odmowy uwzględnienia odwołania uprawnionemu przysługuje prawo wniesienia powództwa do sądu powszechnego.
8. Towarzystwo udostępni uprawnionym do świadczenia informacje i dokumenty gromadzone w celu ustalenia odpowiedzialności lub wysokości świadczenia.

Na żądanie tych osób Towarzystwo potwierdzi na piśmie udostępnienie informacji, a także sporządzi na koszt tych osób kserokopie dokumentów oraz potwierdzi ich zgodność z oryginałem.

ROZDZIAŁ IV UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

§13. ZASADY OGÓLNE DOTYCZĄCE FUNDUSZU

1. Zasady zarządzania Funduszami oraz dokonywania innych czynności związanych z Funduszami lub ich jednostkami określa umowa oraz Regulamin Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Regulamin ten jest Załącznikiem nr 2 do ogólnych warunków i stanowi ich integralną część. W razie rozbieżności pomiędzy postanowieniami ogólnych warunków a postanowieniami Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego stosuje się postanowienia ogólnych warunków.
2. Ubezpieczający jest Uprawnionym, o którym mowa w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.
3. Jeżeli następujące czynności, dotyczące opłat lub jednostek Funduszu należy, dokonać tego samego dnia, dokonuje się je w następującej kolejności:

- 1) pobranie opłaty za zarządzanie Funduszem i wycena Funduszu,
- 2) pobranie opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku i przydzielenie jednostek w razie wpłaty składki,
- 3) pobranie opłaty administracyjnej,
- 4) pobranie zaległych opłat,
- 5) pobranie opłaty od wykupu i wykup,
- 6) pobranie opłaty od zamiany Funduszy i zamiana Funduszy,
- 7) pobranie opłaty z tytułu prowadzenia umowy ubezpieczenia,
- 8) pobranie opłat nie wymienionych powyżej, z wyjątkiem niezaległej opłaty za ochronę,
- 9) pobranie niezaległej opłaty za ochronę,
- 10) zlikwidowanie Funduszu,
- 11) przeznaczenie wartości likwidacyjnej.

§14. PRYZDZIELANIE JEDNOSTEK

1. Jednostki są przydzielane oddzielnie w razie wpłaty składki regularnej i wpłaty składki dodatkowej.
2. Polecenie rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze składa się oddzielnie dla składki regularnej i składki dodatkowej. W razie braku prawidłowego polecenia dotyczącego składki dodatkowej do jej rozdzielenia pomiędzy Fundusze stosuje się odpowiednio aktualne prawidłowe polecenie dotyczące składki regularnej.

§15. ZAMIANA FUNDUSZY

1. Ubezpieczający może polecić Towarzystwu zamianę jednostek Funduszu albo Funduszy (Fundusze źródłowe) na jednostki innego Funduszu albo Funduszy (Fundusze docelowe). Polecenie składa się oddzielnie dla jednostek Funduszy zapisanych na koncie regularnym i jednostek Funduszu zapisanych na koncie dodatkowym.
2. Nie można zamienić jednostek zapisanych na koncie regularnym na jednostki zapisane na koncie dodatkowym. Nie można też zamienić jednostek zapisanych na koncie dodatkowym na jednostki zapisane na koncie regularnym.
3. Zamiana Funduszy następuje poprzez umorzenie jednostek Funduszy źródłowych i przydzielenie, w zamian za umorzone powyżej jednostki, jednostek Funduszy docelowych.
4. Towarzystwo dokona:
 - 1) umorzenia jednostek Funduszy źródłowych w ciągu 6 (sześciu) dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu złożenia/dostarczenia prawidłowo wypełnionego wniosku o zamianę Funduszy pod adres siedziby Towarzystwa,
 - 2) przydzielenia w zamian za umorzone powyżej jednostki jednostek Funduszy docelowych w ciągu 6 (sześciu) dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu umorzenia jednostek Funduszy docelowych.

§16. LIKWIDACJA FUNDUSZU

1. W dniu likwidacji danego Funduszu następuje umorzenie wszystkich jednostek likwidowanego Funduszu. Wartość likwidacyjna pochodząca z umorzenia tych jednostek jest przeznaczana na inne Fundusze.
2. Wartość likwidacyjna jest obliczana i przeznaczana oddzielnie dla jednostek zapisanych na koncie regularnym i jednostek zapisanych na koncie dodatkowym. Polecenie przeznaczenia wartości likwidacyjnej Ubezpieczający składa oddzielnie dla każdego z kont.
3. Nie można przeznaczyć wartości likwidacyjnej pochodzącej z umorzenia jednostek zapisanych na koncie regularnym na jednostki zapisane na koncie dodatkowym. Nie można też przeznaczyć wartości likwidacyjnej pochodzącej z umorzenia jednostek zapisanych na koncie dodatkowym na jednostki zapisane na koncie regularnym.
4. Wartość likwidacyjna do momentu przeznaczenia powiększa beżpośrednio wartość odpowiedniego konta.

ROZDZIAŁ V WYKUP UBEZPIECZENIA

§17. ZASADY OGÓLNE

1. Wykup ubezpieczenia polega na umorzeniu na wniosek Ubezpieczającego wszystkich lub niektórych jednostek zapisanych na rachunku indywidualnym i wypłacie Ubezpieczającemu, po pobraniu opłaty z tytułu wykupu, 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 uczestnictwa zapisanych na indywidualnym rachunku. Dzień wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypadać później niż 5 (piątego) dnia roboczego, licząc od dnia następującego po dniu złożenia/dostarczenia

pod adresem siedziby Towarzystwa wniosku o wykup. Dzień wykupu jednostek może zostać opóźniony wyłącznie w przypadkach opóźnień w umarzeniu jednostek przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych.

3. Kwoty wykupu określone w niniejszym rozdziale wypłaca się w dniu płatności wykupu. Dzień płatności wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypadać później niż 30 (trzydziestego) dnia, licząc od dnia złożenia/dostarczenia pod adresem siedziby Towarzystwa wniosku o wykup.
4. Wszelkich czynności związanych z wykupem dokonuje się odrębnie na koncie dodatkowym i koncie regularnym.
5. Jeżeli wykup nie dotyczy wszystkich jednostek zapisanych na koncie regularnym albo na koncie dodatkowym, Ubezpieczający może wskazać we wniosku o wykup z danego konta Funduszy bądź Fundusze, których jednostki mają być umorzone.
6. Wskazanie, o którym mowa w ust. 5, powinno określać Fundusz, którego jednostki mają być umorzone. Jeżeli Ubezpieczający zamierza wskazać więcej niż jeden Fundusz, 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 danego konta. Jeżeli wskazanie Ubezpieczającego nie może być w całości zrealizowane z braku odpowiedniej liczby jednostek Funduszu lub Funduszy na danym koncie, Towarzystwo przy umarzeniu jednostek postąpi zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego w zakresie, w jakim będzie to możliwe, a w pozostałym zakresie jednostki zostaną umorzone proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy danego konta.
7. Dokonanie częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w §19 lub §20, ma ten skutek, że umowa ubezpieczenia w dalszym ciągu pozostaje w mocy przy zachowaniu niezmienionej składki. Liczba jednostek zapisanych na koncie, z którego dokonywany jest wykup, zmniejsza się w dniu wykupu przez:
 - 1) umorzenie liczby jednostek, których wartość na dzień wykupu odpowiada kwocie wykupu oraz
 - 2) umorzenie liczby jednostek, których wartość na dzień wykupu odpowiada kwocie opłaty za wykup.

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

§19. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje częściowego wykupu jednostek zapisanych na koncie regularnym (częściowy wykup ubezpieczenia), jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) upłynie okres 2 (dwóch) lat polisowych od zawarcia umowy,
 - 2) wszystkie wymagalne do dnia wykupu składki regularne są w całości zapłacone,
 - 3) wartość konta regularnego po dokonaniu częściowego wykupu jest nie niższa niż minimalna wartość konta podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie są spełnione, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.
3. Po dokonaniu częściowego wykupu umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy przy zachowaniu dotychczasowych warunków umowy.
4. Minimalna kwota częściowego wykupu jest podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

§20. WYKUP JEDNOSTEK ZAPISANYCH NA KONCIE DODATKOWYM

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje wykupu wszystkich lub niektórych jednostek zapisanych na koncie dodatkowym.
2. Przy wykupie wszystkich jednostek zapisanych na koncie dodatkowym kwota wykupu jest równa wartości konta dodatkowego z dnia wykupu pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu.
3. Do wykupu niektórych jednostek zapisanych na koncie dodatkowym dochodzi, jeżeli we wniosku o wykup z tego konta Ubezpieczający wskaże kwotę wykupu, która jest mniejsza od wartości konta dodatkowego z dnia wykupu pomniejszonej o opłatę z tytułu wykupu i należne podatki. Minimalna kwota wykupu, w przypadku wykupu niektórych jednostek, jest podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

**ROZDZIAŁ VI
OPŁATY****§21. ZASADY OGÓLNE**

1. Opłaty są pobierane w kolejności przewidzianej w §13 ust. 3. Opłata, która stała się należna wcześniej, jest pobierana przed opłatą, która stała się należna później.
2. Opłata jest należna w wysokości obowiązującej na dzień, w którym stała się należna.
3. Jeżeli postanowienia niniejszego rozdziału zastrzegają na rzecz Towarzystwa prawo dokonywania waloryzacji wysokości danej opłaty, stosuje się opisane poniżej zasady. Wysokość opłaty wynikająca z waloryzacji obowiązuje od dnia podjęcia przez Towarzystwo decyzji o waloryzacji. Wskaźnik waloryzacji Towarzystwo określa na podstawie wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym, ogłaszanego przez GUS. Każdej kolejnej waloryzacji podlega opłata w wysokości obowiązującej w dniu waloryzacji. Na każde żądanie Ubezpieczającego Towarzystwo jest zobowiązane podać Ubezpieczającemu aktualną zwaloryzowaną wysokość opłaty.
4. Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, Towarzystwo pobiera opłaty przez umorzenie jednostek zapisanych na koncie regularnym na zasadach przewidzianych w ust. 5 – 8.
5. Opłata jest rozdzielana proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy zapisanych na koncie regularnym na dzień, w którym opłata stała się należna.
6. Jeżeli jednostki Funduszy zapisane na koncie regularnym nie wystarczają na pokrycie opłaty w całości, zaległa opłata jest pobierana przez umorzenie jednostek przydzielanych w razie wpłaty przyszłych składek regularnych. Pobranie zaległej opłaty następuje po pobraniu opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku i przydzieleniu jednostek oraz pobraniu opłaty administracyjnej.
7. Jeżeli występuje wartość likwidacyjna pochodząca z umorzenia jednostek Funduszy zapisanych na koncie regularnym, pobranie opłaty przez umorzenie jednostek następuje w pierwszej kolejności przez pomniejszenie tej wartości. Jeżeli wartość ta nie wystarcza na pokrycie opłaty w całości, pozostałą opłatę pobiera się wówczas, stosując postanowienia ust. 5 i 6.
8. Jeżeli umowa przewiduje pobranie opłaty z konta dodatkowego, stosuje się odpowiednio postanowienia ust. 5 – 7.
9. Oprócz opłat przewidzianych w niniejszym rozdziale Towarzystwo pobiera opłatę za zarządzanie, określoną w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.
10. 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.

§22. OPŁATA ZA PROWADZENIE INDYWIDUALNEGO RACHUNKU

1. 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, jednocześnie z przydzieleniem jednostek, oddzielnie dla składek regularnych i składek dodatkowych.
2. Pobranie opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku następuje w sposób określony w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego.

§23. OPŁATY MIESIĘCZNE

1. Towarzystwo pobiera w pierwszym dniu miesiąca polisowego następujące miesięczne opłaty:
 - 1) opłatę za ochronę,
 - 2) opłatę polisową,
 - 3) opłatę administracyjną.

Opłaty wymienione w pkt 1) – 3) są pobierane poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na danym koncie zgodnie z postanowieniami §21.

2. Opłata za ochronę jest ustalana w szczególności na podstawie wieku, płci oraz stanu zdrowia Ubezpieczonego. Wysokość opłaty za ochronę jest iloczynem miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy pod ryzykiem podzielonej przez prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia Ubezpieczonego, gdzie:
 - 1) miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu podzielonemu przez dwadzieścia,
 - 2) prawdopodobieństwo miesięcznego przeżycia jest równe dopełnieniu miesięcznego współczynnika prawdopodobieństwa zgonu do 1 (1 minus miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu),
 - 3) suma pod ryzykiem jest równa różnicy pomiędzy kwotą wymienioną w §10, pkt 1), 2) a bieżącą wartością konta regularnego.
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 danym koncie. Opłata administracyjna równa jest iloczynowi stawki opłaty dla danego konta i wartości tego konta po pobraniu opłaty za prowadzenie indywidualnego rachunku i przydzieleniu jednostek. Opłata ta jest pobierana z konta, od wartości którego jest naliczana.

§24. INNE OPŁATY

1. Towarzystwo pobiera opłaty z tytułu następujących operacji:
 - 1) wykupu ubezpieczenia,
 - 2) zmiany polecenia rozdzielania składki regularnej albo dodatkowej pomiędzy Fundusze,
 - 3) zamiany Funduszy,
 - 4) przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy, do przekazania której Towarzystwo nie jest zobligowane obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z ogólnych warunków ubezpieczenia.
2. Ponadto Towarzystwo pobiera w pierwszym dniu każdego z 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 rozpoczynający się rok polisowy), oraz kwoty składki regularnej obliczonej za dany rok polisowy, bez uwzględnienia okresów zawieszenia opłacania składek (okresy zawieszenia opłacania składek są traktowane jak okresy, w których składka jest należna). Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z konta regularnego, zgodnie z postanowieniami §21.
3. Opłatę z tytułu całkowitego wykupu ubezpieczenia ustala się procentowo od wartości wszystkich jednostek zapisanych odpowiednio na koncie regularnym albo na koncie dodatkowym, przy czym stawki procentowe mogą się różnić w zależności od rodzaju konta. W wypadku częściowego wykupu ubezpieczenia stosuje się stawki procentowe, o których mowa w zdaniu poprzedzającym, a podstawą do obliczenia opłaty jest wartość jednostek podlegających wykupowi. Opłatę pobiera się oddzielnie z konta regularnego lub z konta dodatkowego. Opłata z tytułu całkowitego wykupu równa jest sumie opłat z konta regularnego i konta dodatkowego.
4. Wysokość opłaty od zmiany polecenia rozdzielania składki pomiędzy Fundusze jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo oświadczenia Ubezpieczającego o zmianie polecenia. Opłata ta jest pobierana z konta, którego zmiana dotyczy. Jednakże sześć pierwszych w danym roku polisowym zmian tego polecenia jest bezpłatnych.
5. Wysokość opłaty od zamiany Funduszy jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty. Opłata jest pobierana z konta, którego zamiana dotyczy, w sposób wskazany w Regulaminie Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Jednakże sześć pierwszych w danym roku polisowym zamian Funduszy jest bezpłatnych.
6. Wysokość opłaty określonej w ust. 1 pkt 4) jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji

wysokości tej opłaty. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i jest pobierana z konta regularnego.

ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§25. OBOWIĄZKI TOWARZYSTWA

- Towarzystwo jest zobowiązane do przekazywania Ubezpieczającemu w formie pisemnej wymienionych niżej informacji lub dokumentów:
 - 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,
 - 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.
- W przypadku umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru informacji, o których mowa w ust. 1 powyżej, przy czym:
 - 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, informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 2), Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niezwłocznie po otrzymaniu ich od Towarzystwa.

§26. PRAWA UBEZPIECZAJĄCEGO DO WYPOWIEDZENIA UMOWY ORAZ DO ODSTĄPIENIA OD UMOWY

- Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę. Okres wypowiedzenia wynosi 30 (trzydzieści) dni i rozpoczyna się następnego dnia po doręczeniu Towarzystwu oświadczenia Ubezpieczającego o wypowiedzeniu umowy. Jeżeli oświadczenie o wypowiedzeniu umowy zostanie doręczone Towarzystwu w okresie prolongaty, o którym mowa w §6 ust. 2, albo podczas dodatkowego terminu, o którym mowa w §6 ust. 3, okres wypowiedzenia podlega skróceniu i upływa odpowiednio w dniu, w którym upływa okres prolongaty albo w dniu, w którym upływa termin dodatkowy.
- Umowa wygasa w dniu, w którym upływa okres wypowiedzenia, chyba że przed tym dniem wystąpi inna okoliczność powodująca wygaśnięcie umowy.
- Jeżeli od dnia zawarcia umowy do dnia jej wygaśnięcia wskutek wypowiedzenia upłynęły co najmniej 2 (dwa) lata polisowe, Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od dnia wygaśnięcia umowy wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.
- Jeżeli wskutek wypowiedzenia umowa wygaśnie przed upływem 2 (dwóch) lat polisowych od dnia jej zawarcia, Towarzystwo w terminie 30 (trzydziestu) dni, licząc od dnia wygaśnięcia umowy, wypłaci Ubezpieczającemu kwotę wykupu równą wartości konta dodatkowego z dnia wygaśnięcia umowy pomniejszoną o opłatę z tytułu wykupu, o ile taka kwota będzie występować.
- Ubezpieczający może odstąpić od umowy, doręczając Towarzystwu pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Ubezpieczający niebędący przedsiębiorcą może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie 30 (trzydziestu) dni, zaś przedsiębiorca w okresie 7 (siedmiu) dni, licząc od daty zawarcia umowy. W przypadku odstąpienia od umowy Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą składkę regularną po potrąceniu kwoty należnej Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej. Kwota należna Towarzystwu za okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej będzie naliczona proporcjonalnie od wpłaconej składki regularnej do okresu udzielania tej ochrony. Ponadto Towarzystwo wypłaci wartość konta dodatkowego, o ile wartość ta występuje.

§27. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

Umowa ubezpieczenia wygasa w wyniku wystąpienia co najmniej jednej z poniżej wskazanych okoliczności:

- wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
- zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu,

- w przypadku przewidzianym w §6, o ile jego zajęcie połączone jest z wygaśnięciem umowy,
- z dniem dokonania przez Towarzystwo całkowitego wykupu ubezpieczenia,
- wartość konta regularnego nie wystarczy na pokrycie opłat przewidzianych umową.

§28. SKŁADANIE OŚWIADCZEŃ DOTYCZĄCYCH UMOWY

- Zmiana umowy wymaga, pod rygorem nieważności, wystawienia i doręczenia Ubezpieczającemu przez Towarzystwo aneksu do polisy. Inne oświadczenia woli bądź wiedzy przewidziane umową wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.
- Każde oświadczenie kierowane do Towarzystwa musi zawierać dane umożliwiające identyfikację umowy, której dotyczy, wskazywać czynność, której dotyczy, oraz zawierać inne dane wymagane umową dla tego oświadczenia. Ponadto, oświadczenia powinny być składane na stosowanych przez Towarzystwo formularzach wniosków, zgłoszeń, zawiadomień, poleceń oraz innych formularzach właściwych dla danego oświadczenia, udostępnianych przez Towarzystwo.
- Jeżeli oświadczenie nie zostało złożone zgodnie z wymogami określonymi w ust. 2, Towarzystwo wyznaczy osobie składającej wniosek dodatkowy termin na uzupełnienie oświadczenia lub dostarczenie niezbędnych dokumentów. Jeżeli osoba składająca oświadczenie nie uzupełni go w wyznaczonym terminie, jej oświadczenie uznaje się za bezskuteczne.
- 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.

§29. DORĘCZENIA

- Pisma skierowane do Towarzystwa uznaje się za doręczone w dniu ich złożenia/dostarczenia pod adresem siedziby Towarzystwa.
- Jeżeli oświadczenie skierowane do Towarzystwa zostało uzupełnione w trybie określonym w §28 ust. 3, skutek doręczenia takiego pisma następuje, w rozumieniu umowy, w dniu złożenia/dostarczenia pod adresem siedziby Towarzystwa prawidłowo sporządzonego pisma uzupełniającego.
- Pisma Towarzystwa skierowane do Ubezpieczającego albo Ubezpieczonego, albo Uposażonego uznaje się za doręczone z chwilą doręczenia na ostatni wskazany adres osoby, do której pismo jest skierowane.
- W przypadku zmiany adresu zamieszkania lub siedziby przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo Uposażonego i niepowiadomienia o tym Towarzystwa, zgodnie z postanowieniem §30 ust. 1 poniżej, strony uznają, że skutek doręczenia pisma Ubezpieczającemu, Ubezpieczonemu albo Uposażonemu następuje po upływie 30 (trzydziestu) dni od daty wysłania pisma przez Towarzystwo na ostatni wskazany adres, nawet jeśli nie dotarło do adresata.

§30. ZMIANA ADRESU LUB SIEDZIBY

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

§31. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Zasady opodatkowania świadczeń ubezpieczeniowych, przysługujących w myśl niniejszym ogólnych warunków uprawnionym do świadczeń, są regulowane właściwymi przepisami prawa.

§32. DOKŁADNOŚĆ OBLICZEŃ I ZAOKRĄGLENIA

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

- kwoty, wartości i ilości przewidziane w umowie ustala się z dokładnością do drugiego miejsca po przecinku, chyba że z poniższych postanowień albo z postanowień Regulaminu Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego wynika co innego,
- z dokładnością do czwartego miejsca po przecinku ustala się liczbę wszystkich jednostek danego Funduszu zapisanych na danym koncie.

Zaokrąglenia następują na zasadach ogólnych.

§33. WŁAŚCIWOŚĆ SADU

- Sądem właściwym do rozpatrywania wszelkich sporów wynikłych pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym,

Minimalne wartości innych parametrów ubezpieczenia

Minimalna wartość konta regularnego po dokonaniu częściowego wykupu	5000 PLN
Minimalna wartość konta regularnego umożliwiająca zawieszenie opłacania składek	5000 PLN
Minimalna kwota częściowego wykupu	1000 PLN

Miesięczna opłata za 1000 PLN sumy na ryzyku w PLN

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

Tryb i sposób pobierania opłat zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia na Życie Związanego z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Mega Profit” (IFP 01) oraz Regulaminem Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego. Opłaty kwotowe mogą być waloryzowane nie częściej niż raz w roku kalendarzowym.

Prezes Zarządu



Sławomir Waleryś

Wiceprezes Zarządu



Norbert Rawa