

Ubezpieczenie na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym

TANDEM

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM”

SPIS TREŚCI

Strona

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM” (IFK 16)	3
ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE	3
ROZDZIAŁ II SKŁADKA	4
ROZDZIAŁ III ŚWIADCZENIA	6
ROZDZIAŁ IV UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY	7
ROZDZIAŁ V WYKUP UBEZPIECZENIA	8
ROZDZIAŁ VI OPŁATY	9
ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE	9
ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM”	11
TABELA OPŁAT I MINIMALNYCH WARTOŚCI DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM” (IFK 16)	11
WYKAZ FUNDUSZY OFEROWANYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM”	13
OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 16)	14

UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM” (IFK 16)

ROZDZIAŁ I POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1.

- Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM” mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie zawieranych między HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń S.A. a Ubezpieczającym i stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
- Do umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych warunków stosuje się postanowienia Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiącego załącznik nr 2 do niniejszych warunków.

§ 2. DEFINICJE

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

- działanie pod wpływem alkoholu** – działanie w stanie, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:
 - stężenia we krwi od 0,2 ‰ alkoholu lub
 - obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg alkoholu w 1 dm³;
- dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- indywidualny rachunek** – prowadzony przez Towarzystwo rachunek, na którym zapisane są jednostki Funduszy pochodzące ze składek regularnych i dodatkowych wpłaconych na podstawie umowy;
- jednostki Funduszu (jednostki)** – części o równej wartości, na które jest dzielony dany Fundusz, służące do rozliczania operacji związanych z tym Funduszem;
- konto dodatkowe** – będące częścią indywidualnego rachunku konto, na którym ewidencjonowane są jednostki wszystkich Funduszy, które pochodzą z wpłaty składki dodatkowej;
- konto regularne** – będące częścią indywidualnego rachunku konto, na którym ewidencjonowane są jednostki wszystkich Funduszy, które pochodzą z wpłaty składki regularnej;
- miesiąc polisowy** – każdy kolejny miesiąc rozpoczynający się w dniu, który swoim oznaczeniem odpowiada dniowi wystawienia polisy, a gdyby takiego dnia w danym miesiącu nie było – w ostatnim dniu tego miesiąca kalendarzowego; miesiąc polisowy kończy się w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia następnego miesiąca polisowego;
- nieszczęśliwy wypadek** – nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- okres opłacania składek regularnych (okres składkowy)** – okres, wskazany w umowie ubezpieczenia, w czasie którego Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składek regularnych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia;
- ogólne warunki ubezpieczenia (ogólne warunki)** – niniejsze ogólne warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM”;
- polisa** – dokument wystawiony przez Towarzystwo, potwierdzający zawarcie umowy;
- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – dokument określający cel, zasady oraz warunki funkcjonowania Funduszy oferowanych przez Towarzystwo w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM”;
- rocznica polisy** – każda kolejna rocznica daty wystawienia polisy, a jeżeli w danym roku kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
- rok polisy (rok polisowy)** – okres odpowiadający 12 (dwunastu) miesiącom polisowym, który rozpoczyna się w każdej rocznicy polisy;
- składka dodatkowa** – kwota, która może być opłacana poza należną składką regularną na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w dowolnych terminach i wysokości, nie mniejszej jednak niż aktualnie obowiązująca minimalna składka dodatkowa, określona zgodnie z Tabelą Opłat i Minimalnych

Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia;

- składka regularna (składka)** – kwota, którą Ubezpieczający zobowiązany jest opłacać na wskazany rachunek bankowy Towarzystwa w terminach i wysokości określonych w umowie ubezpieczenia;
- subkonto regularne** – część rachunku konta regularnego, na którym ewidencjonowane są jednostki jednego Funduszu;
- subkonto dodatkowe** – część rachunku konta dodatkowego, na którym ewidencjonowane są jednostki jednego Funduszu;
- 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;
- Towarzystwo** – HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna;
- Ubezpieczający** – strona umowy ubezpieczenia zobowiązana do opłacania składek;
- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy lub Fundusz** – wydzielony fundusz aktywów Towarzystwa, stanowiący rezerwę tworzoną ze składek ubezpieczeniowych wpłaconych na podstawie umów Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM”, lokowany w Fundusze zgodnie z zasadami określonymi w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych;
- Ubezpieczony** – wskazana w umowie osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia;
- umowa ubezpieczenia (umowa)** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem na podstawie ogólnych warunków;
- umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia obejmująca zakresem ubezpieczenia dodatkowe zdarzenia w życiu Ubezpieczonego;
- Uposażony** – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 15 ust. 1 ogólnych warunków, jako uprawniony do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego;
- Uposażony Zastępczy** – osoba fizyczna lub inny podmiot wskazany pisemnie przez Ubezpieczającego, z zastrzeżeniem treści § 15 ust. 6 ogólnych warunków, uprawniony do otrzymania świadczenia w przypadku braku Uposażonego albo jeżeli żaden z Uposażonych nie jest uprawniony do otrzymania świadczenia;
- uprawniony** – osoba fizyczna, której zgodnie z postanowieniami ogólnych warunków przysługuje prawo do otrzymania świadczenia;
- wartość indywidualnego rachunku** – wartość wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku;
- wartość konta regularnego** – wartość wszystkich jednostek zapisanych na koncie regularnym;
- wartość konta dodatkowego** – wartość wszystkich jednostek zapisanych na koncie dodatkowym;
- wartość wykupu całkowitego** – kwota wypłacana Ubezpieczającemu przez Towarzystwo zgodnie z zasadami opisanymi w § 23 ogólnych warunków;
- wartość wykupu częściowego** – kwota wypłacana Ubezpieczającemu przez Towarzystwo zgodnie z zasadami opisanymi w § 24 ogólnych warunków;
- wskaźnik indeksacji** – wyliczany w oparciu o wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w stosunku rocznym ogłaszanym przez GUS.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

- Przedmiotem ubezpieczenia jest udzielanie przez Towarzystwo ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu Ubezpieczonego.
- Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia osiągnęła piętnasty rok życia i nie osiągnęła sześćdziesiątego piątego roku życia. W rozumieniu niniejszych ogólnych warunków wiek Ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ustala się jako różnicę roku kalendarzowego, w którym została wystawiona polisa, i roku kalendarzowego, w którym Ubezpieczony się urodził. Wiek Ubezpieczonego w trakcie trwania umowy ustala się jako sumę jego wieku w dniu wystawienia polisy i liczby lat polisowych, które upłynęły.
- Z zastrzeżeniem § 5 ust. 1 ochrona rozpoczyna się w dniu wystawienia polisy, nie wcześniej jednak niż od następnego dnia po dniu opłacenia składki regularnej i wygasa w dniu wskazanym w polisie. Przed upływem powyższego okresu, ochrona wygasa także w każdym innym przypadku wygaśnięcia umowy.

- Ochrona udzielana przez Towarzystwo na podstawie niniejszych ogólnych warunków może zostać rozszerzona o dodatkowe zakresy ubezpieczenia na podstawie umów ubezpieczenia dodatkowego, zawartych pomiędzy Ubezpieczającym a Towarzystwem. Warunki ubezpieczeń dodatkowych określają ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego właściwe dla danego ryzyka dodatkowego.

§ 4. ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

- Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia na formularzu Towarzystwa, wpłacając pierwszą składkę regularną w wysokości wskazanej we wniosku. Umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z dniem początku okresu odpowiedzialności Towarzystwa wskazanym w polisie.
- Towarzystwo może zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia lub też zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach.
- Towarzystwo może uzależnić zawarcie umowy ubezpieczenia lub zmianę warunków umowy od dołączenia do wniosku dokumentów, na podstawie których dokona oceny przyjmowanego ryzyka; dokumentami takimi są w szczególności ankiety medyczne i wyniki badań lekarskich oraz badań diagnostycznych z minimalnym ryzykiem, z wyłączeniem badań genetycznych. Towarzystwo może na własny koszt skierować Ubezpieczonego na powyższe badania. Ocena, o której mowa dokonywana będzie m.in. w oparciu o informacje dotyczące Ubezpieczonego, w tym: stan zdrowia, płeć, wiek, wykonywany zawód, uprawiane sporty oraz hobby Ubezpieczonego, a także status majątkowy Ubezpieczającego.
- W razie odmowy przez Towarzystwo zawarcia umowy ubezpieczenia, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu wpłaconą przez niego pierwszą składkę regularną.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest przez Ubezpieczającego z Towarzystwem na czas oznaczony w polisie, nie dłuższy jednak niż do osiągnięcia przez Ubezpieczonego osiemdziesiątego roku życia.
- Okres opłacania składek regularnych określony jest w polisie. Okres składkowy nie może trwać dłużej niż do osiągnięcia przez Ubezpieczonego siedemdziesiątego roku życia. Od dnia następującego po ostatnim dniu okresu składkowego suma ubezpieczenia ulega obniżeniu do minimalnej sumy ubezpieczenia aktualnej na ostatni dzień okresu składkowego, o której mowa w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia. W okresie przypadającym po ostatnim dniu okresu składkowego do dnia wygaśnięcia umowy Towarzystwo udziela ochrony w zakresie określonym w § 3 ust. 1 powyżej.
- Do zawarcia na rzecz osoby trzeciej umowy ubezpieczenia na podstawie ogólnych warunków, a także do jej zmiany, konieczna jest uprzednia zgoda Ubezpieczonego, która powinna obejmować także zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia. Zmiana umowy dokonana bez zgody Ubezpieczonego nie może naruszać jego praw ani praw Uposażonego. Powyższa zgoda udzielana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia lub w odrębnym oświadczeniu. Ubezpieczony w ww. wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia składa także oświadczenie, iż okoliczności podane przez niego i przez Ubezpieczającego w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy w innych pismach są kompletne i odpowiadają prawdzie.
- W przypadku zawarcia na podstawie ogólnych warunków umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej, na żądanie Ubezpieczonego Towarzystwo udzieli Ubezpieczonemu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia, w zakresie w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

§ 5. TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

- Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa rozpoczyna się od dnia następującego po dniu podpisania przez Ubezpieczającego, Ubezpieczonego i przedstawiciela Towarzystwa kompletnego i poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia dokonania wpłaty pierwszej składki regularnej.
- Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.
- Świadczenie z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej nie przysługuje, gdy śmierć Ubezpieczonego spowodowana została lub wynika bezpośrednio lub pośrednio w następstwie:
 - zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 niniejszych OWU;
 - uprawiania przez Ubezpieczonego amatersko lub wycyzynowo niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia,

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

- samookaleczenia się Ubezpieczonego lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego;
 - wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - prowadzenia pojazdu mechanicznego lub innego pojazdu przez Ubezpieczonego, jeżeli Ubezpieczony nie posiadał odpowiedniego dokumentu, wymaganego odrębnymi przepisami, uprawniającego do prowadzenia danego pojazdu lub w razie prowadzenia takiego pojazdu przez Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub pod wpływem środków odurzających lub psychotropowych.
- W przypadku zdarzenia, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż kwotę pięćdziesiąt tysięcy PLN. Ponadto umowa ubezpieczenia w zakresie określonym w § 3 ust. 1 ogólnych warunków nie zostanie zawarta, a Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu lub innemu uprawnionemu (lub spadkobiercy Ubezpieczającego wskazanemu przez jego pozostałych spadkobierców w razie zgonu Ubezpieczonego) kwotę równą wartości dotychczas dokonanych wpłat na poczet umowy ubezpieczenia.
 - W przypadku, gdy nie przysługuje świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w okresie trwania tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę równą wartości dotychczas dokonanych wpłat na poczet umowy ubezpieczenia.
 - Wygaśnięcie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej następuje we wskazanych poniżej terminach, w przypadku wystąpienia któregośkolwiek z następujących zdarzeń:
 - zawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem poprzedzającym dzień zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - niezawarcia umowy ubezpieczenia – z dniem podjęcia przez Towarzystwo decyzji o odmowie zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - upływu okresu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej – z upływem sześćdziesięciu dni od wskazanej w ust. 1 daty rozpoczęcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej,
 - 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

§ 6. SKŁADKA REGULARNA

- Ubezpieczający jest zobowiązany opłacać składkę regularną z góry miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w wysokości i terminach określonych w polisie. 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.
- 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.
- Jeżeli ostatnia składka regularna zapłacona przed wygaśnięciem umowy ubezpieczenia nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy rozdzielona celem przydzielenia jednostek Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu tą składkę.
- W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia,

Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu opłatę za ochronę, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Wyżej wymienioną kwotę zwraca się Ubezpieczającemu w nominalnej wysokości.

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 ogólnych warunków ubezpieczenia.

§ 7. SKŁADKA DODATKOWA

1. Ubezpieczający po zawarciu umowy ubezpieczenia 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 ubezpieczenia, nie zostanie do dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia rozdzielona celem przydzielenia jednostek, Towarzystwo zwróci Ubezpieczającemu tę składkę.
5. Towarzystwo dla zawieranych w danym roku kalendarzowym umów ubezpieczenia ustala minimalną wysokość składki dodatkowej, która jest podawana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy kwota wpłaconej składki dodatkowej będzie niższa niż wskazana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, o której mowa w ust. 5, Towarzystwo zastrzega sobie prawo do zaliczenia wpłaconej kwoty na poczet wymagalnych i przyszłych składek regularnych.

§ 8. SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI REGULARNEJ

1. W razie opóźnienia z zapłatą składki regularnej, dodatkowy termin do jej zapłaty wynosi jeden miesiąc polisowy, licząc od określonego w polisie terminu jej płatności (okres prolongaty). W okresie prolongaty Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej, przewidzianej w polisie.
2. 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 terminie dodatkowym Towarzystwo udziela pełnej ochrony ubezpieczeniowej, przewidzianej daną umową.
3. Jeżeli w trakcie pierwszych dwóch lat polisowych, zaległa składka regularna nie zostanie zapłacona w wyznaczonym terminie dodatkowym, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia terminu dodatkowego. W terminie do trzydziestu dni od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu całkowitego pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 22 ust. 8.
4. Jeżeli po upływie pierwszych dwóch lat polisowych, zaległa składka regularna nie zostanie zapłacona w wyznaczonym terminie dodatkowym, skutki niezapłacenia takiej składki regularnej, uzależnione od wartości konta regularnego, są określane postanowieniami ust. 5 – 6 niniejszego paragrafu.
5. Jeżeli wartość konta regularnego będzie niższa od minimalnej wartości, określonej przez Towarzystwo jako umożliwiającej zawieszenie opłacania składek regularnych, o której mowa w § 9 ust. 1, lub Ubezpieczający nie złoży wniosku, o którym mowa w § 9 ust. 1, umowa ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 6, ulegnie rozwiązaniu w ostatnim dniu terminu dodatkowego. W terminie do trzydziestu dni od dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu całkowitego pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 22 ust. 8.
6. Po upływie dwóch lat polisowych Towarzystwo może wyrazić zgodę na zawieszenie opłacania składek na pisemny wniosek

Ubezpieczającego, poczynając od terminu płatności zaległej składki, zgodnie z postanowieniami § 9.

§ 9. ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Po opłaceniu składek regularnych za pierwsze dwa lata polisowe Ubezpieczający może złożyć wniosek o wyrażenie przez Towarzystwo zgody na zawieszenie opłacania składek regularnych. Towarzystwo wyrazi zgodę na zawieszenie opłacania składek regularnych, jeżeli łącznie są spełnione następujące warunki:
 - 1) została opłacona należna składka regularna za okres do dnia zawieszenia opłacania składek;
 - 2) wniosek Ubezpieczającego zostanie złożony/dostarczony na adres siedziby Towarzystwa co najmniej na czternaście dni przed terminem 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 będącej równowartością składki regularnej należnej za dany rok polisowy.
2. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie będą spełnione lub wniosek Ubezpieczającego o zawieszenie opłacania składek regularnych nie będzie zawierał wszelkich informacji, niezbędnych do podjęcia przez Towarzystwo decyzji w przedmiocie zawieszenia opłacania składek regularnych, Towarzystwo powiadomi pisemnie Ubezpieczającego o odmowie zawieszenia opłacania składek regularnych lub o niemożności podjęcia decyzji, wskazując, w jakim zakresie wniosek Ubezpieczającego jest niepełny lub błędny. Jednorazowo okres zawieszenia opłacania składek regularnych nie może trwać dłużej niż dwanaście miesięcy polisowych. Zawieszenie może obejmować wyłącznie pełne okresy, zgodnie z ustaloną w umowie częstotliwością opłacania składki regularnej. Zawieszenie nie może dotyczyć okresu, za który składka regularna została opłacona.
3. Ponowne zawieszenie opłacania składek regularnych może nastąpić po upływie dwudziestu czterech miesięcy polisowych, licząc od pierwszego dnia następującego po zakończeniu poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
4. W czasie trwania umowy suma okresów zawieszenia opłacania składek regularnych nie może przekroczyć łącznie 24 miesięcy polisowych.
5. Wszelkie zmiany umowy, zgłoszone przez Ubezpieczającego w okresie zawieszenia opłacania składek, odnoszą skutek od najbliższej rocznicy polisy, następującej po dniu upływu okresu zawieszenia, pod warunkiem wyrażenia na nie zgody przez Towarzystwo.
6. W okresie zawieszenia opłacania składek regularnych Towarzystwo udziela pełnej ochrony przewidzianej umową, chyba że przed upływem tego okresu dojdzie do wygaśnięcia ochrony.

§ 10. ZMIANA CZĘSTOTLIWOŚCI OPŁACANIA I WYSOKOŚCI SKŁADKI REGULARNEJ

1. Ubezpieczający po upływie dwóch lat polisowych ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej. Zmiana ta, po wyrażeniu zgody przez Towarzystwo, w trybie określonym w ust. 3, odnosi skutek od najbliższej rocznicy polisy, przypadającej po doręczeniu Towarzystwu powyżej wymienionego wniosku, o ile wszystkie wymagalne składki regularne są w całości opłacone. Wniosek należy złożyć/dostarczyć na adres siedziby Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy.
2. Ubezpieczający uprawniony jest do złożenia wniosku o zmianę wysokości składki regularnej:
 - a) w przypadku wniosku o podwyższenie składki regularnej – po upływie dwunastu miesięcy ubezpieczenia,
 - b) w przypadku wniosku o obniżenie składki regularnej – po upływie trzydziestu sześciu miesięcy ubezpieczenia.
 Towarzystwo może wyrazić zgodę na powyższy wniosek, o ile nowa wysokość składki regularnej w przypadku wniosku o obniżenie składki regularnej nie będzie niższa niż składka minimalna określona przez Towarzystwo w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia, z zastrzeżeniem treści § 4 ust. 3. W przypadku obniżenia składki regularnej Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia. Zasady określone zdaniem drugim i trzecim ust. 1 powyżej stosuje się odpowiednio.
3. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy ubezpieczenia określoną we wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 1 i 2, Towarzystwo potwierdza dokonaną zmianę w wysłanym do Ubezpieczającego liście porocznicy.

§ 11. SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia określona jest w polisie.
2. 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 § 4 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 Oplat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków.

§ 12. ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA

1. Po upływie pierwszego roku polisowego Ubezpieczający ma prawo do obniżenia lub podwyższenia sumy ubezpieczenia.
2. Wniosek, w którym mowa w ust. 1 należy złożyć/dostarczyć na adres siedziby Towarzystwa nie później niż na czternaście dni przed rocznicą polisy. Towarzystwo rozpatrzy ww. wniosek pod warunkiem opłacenia przez Ubezpieczającego wymagalnych do dnia złożenia wniosku składek regularnych.
3. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie sumy ubezpieczenia Towarzystwo zastrzega sobie możliwość zaproponowania nowych warunków ubezpieczenia, z zachowaniem postanowień § 4 ust. 3.
4. 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.
5. Z zastrzeżeniem ust. 6 Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego może wyrazić zgodę na zmianę umowy, polegającą na podwyższeniu sumy ubezpieczenia z jednoczesnym podwyższeniem składki regularnej bez przeprowadzania ponownej oceny ryzyka, jeżeli po upływie dwudziestu czterech miesięcy polisowych od daty zawarcia umowy w życiu Ubezpieczonego, który nie ukończył czterdziestego piątego roku życia, wystąpi chociażby jedna z poniżej wymienionych okoliczności:
 - a) Ubezpieczonemu urodzi się dziecko,
 - b) Ubezpieczony dokona przysposobienia dziecka,
 - c) Ubezpieczony zawarł związek małżeński,
 - d) Ubezpieczony rozpocznie lub ukończy studia wyższe, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej,
 - e) Ubezpieczony otrzyma kredyt bankowy na budowę domu lub zakup nieruchomości, z zastrzeżeniem ust. 6 poniżej.
6. W przypadku złożenia przez Ubezpieczającego wniosku, o którym mowa w ust. 5 powyżej, z przyczyn określonych w ust. 5 pkt. d) i e) Towarzystwo przed rozpatrzeniem ww. wniosku zastrzega sobie możliwość przeprowadzenia ponownej oceny ryzyka, zgodnie z treścią § 4 ust. 3.
7. Maksymalna kwota podwyżki, o którą można jednorazowo zwiększyć sumę ubezpieczenia w związku z wystąpieniem jednej z okoliczności wymienionych w ust. 5 powyżej, nie może przekroczyć 50% sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Łączna kwota wszystkich podwyżek podstawowej sumy ubezpieczenia niezależnie od tego, ile okoliczności wymienionych w ust. 5 wystąpi lub powtórzy się w życiu Ubezpieczonego, nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia z dnia zawarcia umowy.
9. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, w wyniku podwyższenia sumy ubezpieczenia następuje proporcjonalne podwyższenie składki regularnej, chyba że Ubezpieczający złoży wniosek o podwyższenie podstawowej sumy ubezpieczenia bez zmiany składki regularnej, a Towarzystwo wyrazi zgodę na taką zmianę umowy.
10. Wniosek, o którym mowa w ust. 5, Ubezpieczający powinien złożyć nie później niż w terminie dziewięćdziesięciu dni, licząc od dnia wystąpienia okoliczności wymienionej w ust. 5. Do wniosku należy dołączyć dokument potwierdzający wystąpienie chociażby jednej z okoliczności wymienionych w ust. 5.
11. W razie wyrażenia zgody na zmianę umowy określoną we wniosku Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 5, Towarzystwo wystawia pisemny dokument potwierdzający dokonaną zmianę z podaniem dnia, z jakim zmiana wchodzi w życie.

§ 13. INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ I SUMY UBEZPIECZENIA

1. W terminie trzydziestu dni przed rocznicą polisy Towarzystwo może zaproponować Ubezpieczającemu indeksację składki regularnej, podając procentowy wskaźnik indeksacji oraz wynikającą z jego zastosowania proponowaną wysokość składki

regularnej. Wraz z propozycją indeksacji składki regularnej Towarzystwo określi nową wysokość proponowanej sumy ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający ma prawo do rezygnacji z proponowanej przez Towarzystwo indeksacji składki regularnej i wynikającej z tej indeksacji podwyższonej sumy ubezpieczenia.
3. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony Ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 1, traktowana 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 i 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 regularnej w dotychczasowej wysokości.

**ROZDZIAŁ III
ŚWIADCZENIA****§ 14. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO**

W razie zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony, Towarzystwo wypłaci Uposażonemu sumę ubezpieczenia w wysokości aktualnej na dzień zgonu Ubezpieczonego oraz wartość indywidualnego rachunku według stanu z dnia zgonu Ubezpieczonego.

§ 15. UPOSAŻONY

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

§ 16. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. W terminie siedmiu dni od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 2, Towarzystwo informuje o tym Ubezpieczającego, jeżeli nie jest on osobą występującą z 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, jeżeli są to inne dokumenty niż wskazane w ust. 2 pkt. 1) do pkt. 4).
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) odpisu skróconego aktu zgonu oraz dokumentu stwierdzającego przyczynę zgonu,
 - 3) dokumentu potwierdzającego tożsamość osoby uprawnionej do otrzymania świadczenia oraz
 - 4) innych dokumentów lub oświadczeń, niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa.
3. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 mogą być dołączone w formie kserokopii, o ile zostaną potwierdzone za zgodności z oryginałem przez notariusza lub uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa.
4. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Towarzystwo informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty.
5. Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu ubezpieczeniowym.
6. Jeżeli w terminie, o którym mowa w ust. 5, wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia albo jego wysokości okazało się niemożliwe, Towarzystwo wypłaca świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie przewidzianym w ust. 5.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia Towarzystwo zobowiązuje się uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poinformuje osobę uprawnioną o przysługującym jej trybie dochodzenia roszczeń.

§ 17. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie odpowiada za skutki okoliczności, które nie zostały podane do wiadomości Towarzystwa przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, o które Towarzystwo zapytywało w formularzu oferty albo przed zawarciem umowy ubezpieczenia w innych pismach. Za niepodanie do wiadomości uznaje się także zatajenie prawdy i podanie nieprawdy. Towarzystwo w powyższej sytuacji wypłaci kwotę pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia ustalenia przez Towarzystwo okoliczności powodującej zwolnienie Towarzystwa z obowiązku świadczenia.
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, w szczególności, że zatajona została choroba ubezpieczonego.
3. Towarzystwo wolne jest od odpowiedzialności i nie wypłaci świadczenia, a umowa ubezpieczenia wygasa, jeżeli śmierć Ubezpieczonego nastąpiła:
 - 1) w wyniku samobójstwa, w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 2) bezpośrednio lub pośrednio w wyniku działań wojennych (do których zalicza się również m.in. działania w ramach wojskowych misji pokojowych, w tym tzw. kontyngentów) lub stanu wojennego, bądź czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy, aktach terroru lub udziału w rozruchach i zamieszkach społecznych;
 - 3) w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa;
 - 4) w wyniku uprawiania przez Ubezpieczonego amatorsko lub wyczynowo niebezpiecznych sportów takich jak: nurkowanie, wspinaczka skałkowa i wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo obejmujące pilotaż sportowy lub wojskowy samolotów lub helikopterów, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda na gokartach, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie;

- 5) w wyniku samookaleczenia się Ubezpieczonego;
 - 6) w wyniku wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 7) w wyniku działania Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu lub środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych, w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 8) w wyniku przewozu lotniczego wykonywanego przez przewoźnika nie należącego do IATA (Międzynarodowego Zrzeszenia Przewoźników Powietrznych);
 - 9) w wyniku radiacji, reakcji jądrowej, skażenia radioaktywnego, chemicznego, biologicznego lub katastrofy nuklearnej;
 - 10) w wyniku poddania się przez Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym lub paramedycznym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 11) w wyniku 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.
4. W przypadkach opisanych powyżej w ust. 3 Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu kwotę pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy.

ROZDZIAŁ IV UBEZPIECZENIOWY FUNDUSZ KAPITAŁOWY

§ 18. ZASADY OGÓLNE DOTYCZĄCE FUNDUSZU

Zasady i warunki funkcjonowania Funduszy oraz dokonywanie operacji i innych czynności związanych z Funduszami lub ich jednostkami określają ogólne warunki ubezpieczenia oraz Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, który stanowi ich integralną część.

§ 19. PRZYDZIELANIE JEDNOSTEK

1. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia określa rodzaje Funduszy oraz składa polecenie dotyczące rozdzielenia składki między Fundusze z dokładnością do 1%. Jeżeli Ubezpieczający nie określi procentowego podziału rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze lub wszystkie procentowe udziały nie sumują się do 100%, oddzielnie dla składki regularnej i dodatkowej, Towarzystwo poprosi Ubezpieczającego o ponowne wypełnienie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Polecenie rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze składa się oddzielnie dla składki regularnej i dodatkowej. W razie braku prawidłowego polecenia dotyczącego składki dodatkowej, do jej rozdzielenia pomiędzy Fundusze stosuje się odpowiednio aktualne prawidłowe polecenie dotyczące składki regularnej.
3. Przydzielenie jednostek następuje w okresie do pięciu dni roboczych od dnia wpływu składki regularnej lub dodatkowej na wskazany w umowie ubezpieczenia rachunek bankowy Towarzystwa, lecz w przypadku składki regularnej nie wcześniej niż w terminie do pięciu dni roboczych od terminu wymagalności tej składki.
4. Przydzielenie jednostek w przypadku wpłaty pierwszej składki regularnej nastąpi w terminie określonym w ust. 3, licząc od dnia rozpoczęcia udzielania przez Towarzystwo ochrony na podstawie umowy ubezpieczenia.
5. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia Ubezpieczający ma prawo do zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej lub dodatkowej, składając odpowiedni wniosek. Za realizację dyspozycji zmiany rozdzielenia składki Towarzystwo pobiera opłatę określoną w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków.
6. W przypadku zgłoszenia Towarzystwu ww. zmiany polecenia rozdzielenia składki regularnej lub dodatkowej później niż na trzy dni przed najbliższym dniem przydzielenia jednostek nowe polecenie rozdzielenia składki regularnej lub dodatkowej będzie odnosić skutek od kolejnego dnia przydzielenia jednostek.

§ 20. ZAMIANA FUNDUSZY (KONWERSJA)

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 zapisanych na koncie regularnym i jednostek zapisanych na koncie dodatkowym na podstawie poprawnie wypełnionej dyspozycji Ubezpieczającego.

2. Nie można zamienić jednostek zapisanych na koncie regularnym na jednostki 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 okresie do czterech dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu złożenia/dostarczenia prawidłowo wypełnionego wniosku o zamianę Funduszy na adres siedziby Towarzystwa, po ostatniej znanej cenie jednostek Funduszy;
 - 2) przydzielenia, w zamian za umorzone powyżej jednostki, jednostek Funduszy docelowych w okresie do ośmiu dni roboczych, licząc od następnego dnia roboczego po dniu złożenia/dostarczenia prawidłowo wypełnionego wniosku o zamianę Funduszy na adres siedziby Towarzystwa po ostatniej znanej cenie jednostek Funduszy.
5. Jeżeli polecenie zamiany Funduszu lub Funduszy w obrębie konta regularnego bądź dodatkowego zostało złożone w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało częściowego wykupu lub zamiany Funduszy na podstawie wcześniej złożonego polecenia w obrębie tego samego konta, to okresy, o których mowa w ust. 4 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.
6. Za realizację dyspozycji zamiany jednostek Funduszu albo Funduszy (Fundusze źródłowe) na jednostki innego Funduszu albo Funduszy (Fundusze docelowe) Towarzystwo pobiera opłatę określoną w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków.

§ 21. UTWORZENIE I 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. Aktualny Wykaz Funduszy dostępnych w ramach Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM” Ubezpieczający otrzyma w rocznicę polisy.
7. 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.
8. Jeżeli Ubezpieczający, po doręczeniu mu strategii nowego Funduszu, złoży Towarzystwu polecenie ulokowania w tym Funduszu środków pochodzących z wpłaty składki, będzie to uważane za przyjęcie tej strategii przez Ubezpieczającego.
9. Utworzenie nowego Funduszu, wycofanie Funduszu z oferty Towarzystwa, a także zmiana w strategii Funduszu nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
10. Wartość współczynnika „x”, o którym mowa w § 6 Regulaminu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, stanowiącym Załącznik nr 2 do ogólnych warunków, wynosi dla każdego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „0”.

ROZDZIAŁ V WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 22. ZASADY OGÓLNE

1. Wykup ubezpieczenia polega na umorzeniu na wniosek Ubezpieczającego wszystkich lub niektórych jednostek zapisanych na koncie regularnym bądź dodatkowym i wypłacie Ubezpieczającemu wartości wykupu. Do wniosku o wykup

- ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest przedłożyć kopię dokumentu potwierdzającego jego tożsamość.
2. Wartość wykupu jest równa iloczynowi wskaźnika wykupu określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków ubezpieczenia oraz kwoty odpowiadającej części albo całości wartości konta regularnego bądź dodatkowego ustalonej na dzień wykupu.
 3. Dzień wykupu jest to dzień, w którym umorzono wszystkie bądź część jednostek zapisanych na koncie regularnym bądź dodatkowym. Dzień wykupu ustala Towarzystwo, z tym że nie może on wypadać później niż piątego dnia roboczego, licząc od dnia następującego po dniu złożenia/dostarczenia na adres siedziby Towarzystwa prawidłowo wypełnionego wniosku o wykup. Dzień wykupu jednostek może zostać opóźniony wyłącznie w przypadkach opóźnień w umarzeniu jednostek przez Towarzystwa Funduszy Inwestycyjnych, z zastrzeżeniem ust. 5.
 4. Wartości wykupu określone w niniejszym rozdziale wypłaca się w dniu płatności wykupu. Wpłata wartości wykupu nastąpi nie później niż siódmego dnia roboczego, licząc od dnia wykupu, z zastrzeżeniem ust. 5.
 5. Jeżeli wniosek o wykup został złożony w okresie, gdy Towarzystwo na wniosek Ubezpieczającego dokonywało zamiany Funduszy w obrębie tego samego konta, zgodnie z treścią § 20, lub częściowego wykupu z tego samego konta, na podstawie wcześniej złożonego wniosku o wykup, to wykup, 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.
 6. Ubezpieczający we wniosku o wykup częściowy zobowiązany jest określić:
 - 1) konto, z którego ma być dokonany wykup,
 - 2) procent z dokładnością do pełnych procentów wartości środków podlegających wykupowi z danego konta albo ich wartość, albo,
 - 3) procent z dokładnością do pełnych procentów wartości środków podlegających wykupowi z danego funduszu albo ich wartość.

W razie braku takiego wskazania, jednostki zostaną umorzone proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek poszczególnych Funduszy.

7. Dokonanie częściowego wykupu ubezpieczenia, o którym mowa w § 24, ma ten skutek, że umowa ubezpieczenia w dalszym ciągu pozostaje w mocy przy zachowaniu niezmienionej składki. Liczba jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku zmniejsza się w dniu wykupu przez umorzenie liczby jednostek odpowiadającej kwocie części albo całości wartości konta regularnego bądź dodatkowego ustalonej na dzień wykupu.
8. Kwota należna z tytułu wypłaty wartości wykupu zostanie wypłacona Ubezpieczającemu w formie wypłaty jednorazowej na wskazany przez niego rachunek bankowy lub w inny sposób z nim uzgodniony.

§ 23. CAŁKOWITY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Z zastrzeżeniem sytuacji, w których Towarzystwo wypłaca Ubezpieczającemu wartość wykupu w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje wykupu wszystkich jednostek zapisanych na indywidualnym rachunku (całkowity wykup ubezpieczenia), jeżeli zostaną spełnione łącznie następujące warunki:
 - 1) upłył okres dopuszczający odstąpienie od umowy ubezpieczenia, określony w § 31 ust.4,
 - 2) wszystkie składki regularne należne do dnia wykupu od zawarcia umowy ubezpieczenia są w całości zapłacone z zastrzeżeniem ust.3,
 - 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 i zostaje wypłacona wartość wykupu całkowitego, zgodnie z zasadami określonymi w § 22.
3. Towarzystwo zastrzega sobie możliwość potrącenia z wartości wykupu określonej w ust. 2 powyżej kwoty należnych składek regularnych, nieopłaconych przez Ubezpieczającego do dnia wykupu.
4. Jeżeli warunki określone w ust. 1 nie są spełnione, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.

§ 24. CZĘŚCIOWY WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Towarzystwo, na wniosek Ubezpieczającego, dokonuje częściowego wykupu jednostek zapisanych na koncie regularnym

- (częściowy wykup ubezpieczenia z konta regularnego), jeżeli wartość konta regularnego po dokonaniu wartości wykupu częściowego będzie równoważnością składki regularnej należnej za dany rok polisowy.
- Jeżeli warunek określony w ust. 1 nie jest spełniony, Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego o braku możliwości uwzględnienia wniosku w tym zakresie.
 - Ubezpieczający, poprzez złożenie wniosku, może w każdym czasie dokonać częściowego wykupu jednostek zapisanych na koncie dodatkowym (częściowy wykup ubezpieczenia z konta dodatkowego).
 - Po dokonaniu częściowego wykupu umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy przy zachowaniu dotychczasowych warunków umowy.
 - Minimalna kwota częściowego wykupu zarówno z konta regularnego jak i dodatkowego jest podana w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.

ROZDZIAŁ VI OPŁATY

§ 25. ZASADY OGÓLNE

- 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.
- Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, Towarzystwo pobiera opłaty przez umorzenie jednostek zapisanych na koncie regularnym na zasadach określonych w ust. 3-5.
- Jeżeli umowa nie stanowi inaczej, opłata jest rozdzielana pomiędzy poszczególne subkonta regularne, proporcjonalnie do wartości wszystkich jednostek zapisanych na poszczególnych subkontach regularnych na dzień, w którym opłata stała się należna.
- Jeżeli wszystkie jednostki zapisane na wszystkich subkontach regularnych nie wystarczą na pokrycie opłaty w całości, zaległa opłata jest pobierana beżpośrednio przez umorzenie jednostek przydzielanych w razie wpłaty przyszłych składek regularnych. Pobranie zaległej opłaty ze składek regularnych następuje po pobraniu opłaty administracyjnej i przydzieleniu jednostek.
- Opłaty określone niniejszym rozdziałem są naliczane zgodnie z obowiązującą Tabelą Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącą Załącznik nr 1 do niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia.
- Jeżeli umowa przewiduje opłaty z konta dodatkowego, postanowienia ust. 3-5 stosuje się odpowiednio.

§ 26. OPŁATA ADMINISTRACYJNA I OPŁATA AKWIZYCYJNA

- Towarzystwo pobiera opłatę administracyjną od każdej wpłaconej składki regularnej i składki dodatkowej. Opłata ta jest obliczana jako procent składki poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na koncie regularnym bądź dodatkowym, zgodnie z postanowieniami § 25.
- W okresie pierwszych trzech lat polisowych Towarzystwo pobiera w każdym miesiącu opłatę akwizycyjną. Opłata akwizycyjna jest ustalana procentowo od sumy składek regularnych należnych za dany rok polisowy podzielonej przez dwanaście. Opłata, o której mowa w zdaniu poprzednim, jest pobierana również w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych. Opłata ta jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z konta regularnego, zgodnie z postanowieniami § 25.
- Opłaty pobierane przez Towarzystwo, o których mowa w ust. 1 oraz w ust. 2 pobierane są w celu pokrycia kosztów dystrybucji, zawarcia, wykonywania i obsługi umowy ubezpieczenia.

§ 27 OPŁATY MIESIĘCZNE

- Towarzystwo pobiera następujące miesięczne opłaty:
 - opłata za ochronę – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 - opłatę polisową – w pierwszym dniu miesiąca polisowego,
 Opłaty wymienione w pkt 1) – 2) są pobierane poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na koncie regularnym, zgodnie z postanowieniami § 25.

- 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 zależnego od aktualnego wieku oraz płci Ubezpieczonego, w danym miesiącu polisowym i bieżącej sumy ubezpieczenia, gdzie miesięczny współczynnik prawdopodobieństwa zgonu w danym miesiącu polisowym jest równy rocznemu współczynnikowi prawdopodobieństwa zgonu podzielonemu przez dwanaście.
- Wysokość opłaty polisowej jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z postanowieniami § 25 ust. 1.

§ 28. INNE OPŁATY

- Towarzystwo pobiera opłaty z tytułu następujących operacji:
 - zmiany polecenia rozdzielenia składki pomiędzy Fundusze,
 - zamiany Funduszy,
 - 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.
- 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 § 25.
- Towarzystwo nie pobiera opłaty od zamiany Funduszy w przypadku pierwszych sześciu ww. zmian w danym roku polisowym. Od siódmej i każdej kolejnej zamiany w danym roku polisowym Towarzystwo pobiera opłatę od zamiany Funduszy, której wysokość jest ustalana kwotowo przez Towarzystwo na dzień zawarcia umowy. Towarzystwo zastrzega sobie prawo dokonywania waloryzacji wysokości tej opłaty, zgodnie z treścią § 25 ust. 1. Opłata ta jest należna w dniu realizacji przez Towarzystwo wniosku Ubezpieczającego i jest pobierana poprzez umorzenie jednostek z odpowiedniego konta na którym dokonywana jest operacja zamiany funduszy, zgodnie z postanowieniami § 25.
- 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.

§ 29. BRAK GWARANCJI WARTOŚCI

- Towarzystwo nie daje jakichkolwiek gwarancji, dotyczących wartości indywidualnego rachunku oraz wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek Funduszy.
- Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek regularnych i składek dodatkowych.

ROZDZIAŁ VII POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 30. 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.

2. W przypadku umowy ubezpieczenia na rzecz osoby trzeciej Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania Ubezpieczonemu w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru informacji, o których mowa w ust. 1 powyżej, przy czym:
 - 1) informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 1), Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) informacje, o których mowa w ust. 1 pkt 2), Ubezpieczający jest zobowiązany przekazać niezwłocznie po otrzymaniu ich od Towarzystwa.

§ 31. ODSTĄPIENIE, WYPOWIEDZENIE I ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

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 § 8 ust. 1, albo podczas dodatkowego terminu, o którym mowa w § 8 ust. 2, 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. W razie gdy w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje wypłata wartości wykupu Towarzystwo poinformuje Ubezpieczającego o tym fakcie w terminie trzydziestu dni, licząc od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia, a następnie wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 22 ust. 8.
4. Ubezpieczający może odstąpić od umowy, doręczając Towarzystwu pisemne oświadczenie o odstąpieniu od umowy. Ubezpieczający niebędący przedsiębiorcą może odstąpić od umowy ubezpieczenia w okresie trzydziestu dni, zaś przedsiębiorca w okresie siedmiu dni, licząc od daty zawarcia umowy. W przypadku odstąpienia od umowy Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość indywidualnego rachunku pomniejszoną o opłaty należne w okresie, w którym Towarzystwo ponosiło odpowiedzialność z tytułu ochrony ubezpieczeniowej.

§ 32. WYGAŚNIĘCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia wygasa w wyniku wystąpienia, co najmniej jednej z poniżej wskazanych okoliczności:
 - 1) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego z dniem upływu okresu wypowiedzenia,
 - 2) zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 3) w przypadku przewidzianym w § 8, o ile jego zajęcie połączone jest z wygaśnięciem umowy,
 - 4) z dniem dokonania przez Towarzystwo całkowitego wykupu ubezpieczenia,
 - 5) z dniem, gdy wartość konta regularnego nie wystarczy na pokrycie opłat przewidzianych umową,
 - 6) w dniu osiągnięcia przez Ubezpieczonego osiemdziesiątego roku życia.
2. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 1 pkt. 1) oraz w pkt. 3) – 6) Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu wartość wykupu całkowitego pochodzącą z umorzenia wszystkich jednostek indywidualnego rachunku z dnia wygaśnięcia umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 22 ust. 8. W przypadku wygaśnięcia umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 pkt. 2) Towarzystwo wypłaci Uposażonemu świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego.

§ 33. DOKŁADNOŚĆ OBLICZEŃ I ZAOKRĄGLENIA.

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

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

Zaokrąglenia następują na zasadach ogólnych.

§ 34. OŚWIADCZENIA I ZAWIADOMIENIA

1. Zawiadomienia i oświadczenia, jakie w związku z umową ubezpieczenia składają sobie strony, powinny być dokonywane na piśmie pod rygorem nieważności. Jeżeli Towarzystwo, Ubezpieczający,

Ubezpieczony, uposażony bądź inna osoba uprawniona zmienili siedzibę bądź adres przeznaczonego 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 siedziby Towarzystwa.
3. Przelew praw z umowy ubezpieczenia jest możliwy 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.

§ 35. OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Towarzystwo informuje, iż wypłaty świadczeń z tytułu umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie niniejszych ogólnych warunków, podlegają stosownym przepisom prawa regulującym opodatkowanie osób fizycznych i prawnych, obowiązującym w momencie dokonywania wypłat:

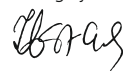
- 1) Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2000 r. nr 14, poz. 176 – urzędowy jednolity tekst z późn. zm.), a w szczególności art. 5a pkt. 14, art. 9 ust. 1, art. 11, art. 21 ust. 1 pkt. 4, art. 24 ust. 15, art. 30a ust. 1 pkt. 5, ust. 2 i 3 oraz ust. 5-7, art. 41 ust. 4.;
- 2) Ustawa z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz. U. z 2000 r. nr 54, poz. 654 – urzędowy jednolity tekst z późn. zm.), a w szczególności art. 7 ust. 1, art. 12, art. 18, art. 19 ust. 1.

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

§ 36. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

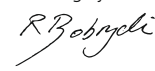
1. Wszelkie dokumenty dotyczące umowy ubezpieczenia, w szczególności wnioski o zawarcie umowy ubezpieczeniowej oraz polisa, stanowią jej integralną część.
2. Za porozumieniem stron, do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. Skargi na działania Towarzystwa winny być zgłaszane w formie pisemnej na adres siedziby Towarzystwa.
4. Skarga powinna być rozpatrzona w terminie 30 dni od daty jej wpływu do Towarzystwa, chyba że wyjaśnienie zagadnienia objętego skargą wymaga podjęcia skomplikowanego postępowania. W takim przypadku Towarzystwo informuje o tym na piśmie składającego skargę, podając termin wyjaśnienia sprawy.
5. Organem właściwym do rozpatrywania skarg, o których mowa powyżej, jest Zarząd.
6. Prawem właściwym dla umowy ubezpieczenia jest prawo Rzeczypospolitej Polskiej. Spory sądowe wynikające z umowy ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, rozstrzygane są według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, uposażonego lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.
7. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU lub postanowieniach umowy mają zastosowanie obowiązujące przepisy prawa polskiego, w szczególności Kodeksu Cywilnego oraz Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 r. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.).
8. Niniejsze OWU, w brzmieniu zatwierdzonym Uchwałą nr 15/HDI/2012 Zarządu Towarzystwa z dnia 27.02.2012 r., wchodzi w życie z dniem 02.04.2012 r. i mają zastosowanie do zawartych umów ubezpieczenia, począwszy od dnia 02.04.2012 r.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM”

TABELA OPŁAT I MINIMALNYCH WARTOŚCI DO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM” (IFK 16)

uchwalona przez Zarząd HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń SA Uchwałą nr 15/HDI/2021 z dnia 27.02.2012 r. i obowiązująca od dnia 02.04.2012 r.

Minimalne składki regularne																					
Miesięczna												125 PLN									
Kwartalna												375 PLN									
Półroczna												750 PLN									
Roczna												1500 PLN									
Dodatkowa												500 PLN									
Alokacja składki i opłaty																					
Alokacja składki (procent składki, za który przydzielane są jednostki)												100%									
Tytuł potrącenia											Wysokość potrącenia										
1. Opłata administracyjna pobierana od każdej wpłaconej składki regularnej											4%										
2. Opłata administracyjna pobierana od każdej wpłaconej składki dodatkowej											2%										
											Od 1 do 3 roku polisy										
											1 rok polisy	2 rok polisy	3 rok polisy								
3. Opłata akwizycyjna											90%	55%	8%								
											Od 1 roku polisy										
4. Opłata polisowa <i>Miesięcznie</i>											6.67 PLN										
5. Opłata za zamianę Funduszy											6 zmian Funduszy w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN										
6. Opłata za zmianę polecenia rozdzielenia składki											6 zmian polecenia rozdzielenia składki w roku polisowym bezpłatnie, każda kolejna 20 PLN										
7. Opłata za przesłanie na wniosek Ubezpieczającego dodatkowej listownej informacji dotyczącej polisy											10 PLN										
											Lata polisowe										
											1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11 i dalsze
8. Wskaźnik wykupu dla konta regularnego											50%	60%	80%	90%	95%	95%	95%	95%	95%	95%	100%
9. Wskaźnik wykupu dla konta dodatkowego											100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
MINIMALNE WARTOŚCI INNYCH PARAMETRÓW UBEZPIECZENIA																					
Minimalna kwota częściowego wykupu (dotyczy konta regularnego i konta dodatkowego)											1 000 PLN										
Minimalna suma ubezpieczenia											1 000 PLN										

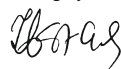
Roczne współczynniki prawdopodobieństwa zgonu		
Wiek	Mężczyzna	Kobieta
15	0,00081	0,00055
16	0,00081	0,00055
17	0,00084	0,00055
18	0,00104	0,00055
19	0,00117	0,00055
20	0,00125	0,00055
21	0,00130	0,00055
22	0,00135	0,00055
23	0,00136	0,00055
24	0,00135	0,00055
25	0,00136	0,00055
26	0,00140	0,00055
27	0,00148	0,00055
28	0,00158	0,00055
29	0,00169	0,00055
30	0,00180	0,00055
31	0,00193	0,00056
32	0,00208	0,00061
33	0,00226	0,00068
34	0,00247	0,00075
35	0,00271	0,00085
36	0,00298	0,00095
37	0,00328	0,00107
38	0,00362	0,00121
39	0,00400	0,00136
40	0,00440	0,00153
41	0,00483	0,00172
42	0,00530	0,00192
43	0,00579	0,00213
44	0,00630	0,00235
45	0,00685	0,00257
46	0,00746	0,00280
47	0,00813	0,00305
48	0,00888	0,00331
49	0,00974	0,00360

50	0,01069	0,00391
51	0,01170	0,00424
52	0,01276	0,00458
53	0,01385	0,00494
54	0,01498	0,00534
55	0,01618	0,00575
56	0,01745	0,00620
57	0,01882	0,00670
58	0,02030	0,00727
59	0,02190	0,00794
60	0,02361	0,00874
61	0,02544	0,00969
62	0,02740	0,01080
63	0,02951	0,01205
64	0,03173	0,01340
65	0,03412	0,01485
66	0,03668	0,01640
67	0,03945	0,01810
68	0,04248	0,02002
69	0,04579	0,02223
70	0,04943	0,02484
71	0,05339	0,02787
72	0,05758	0,03130
73	0,06211	0,03515
74	0,06695	0,03931
75	0,07218	0,04380
76	0,07795	0,04874
77	0,08433	0,05430
78	0,09156	0,06076
79	0,09959	0,06823

**Roczny współczynnik ryzyka dla Dodatkowego Ubezpieczenia
Na Wypadek Śmierci Ubezpieczonego w Następstwie
Nieszczęśliwego Wypadku**

0,0014

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



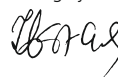
Robert Bobrycki

WYKAZ FUNDUSZY OFEROWANYCH W RAMACH UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „TANDEM”

Kod Funduszu	Nazwa funduszu
AR11	Arka BZ WBK Obligacji Skarbowych
AR12	Arka BZ WBK Ochrony Kapitału
AR31	Arka BZ WBK Zrównoważony
AR41	Arka BZ WBK Akcji
AR42	Arka BZ WBK Akcji Środkowej i Wschodniej Europy
BP11	BPH Obligacji 2
BP41	BPH Akcji
BP42	BPH Akcji Europy Wschodzącej
BP43	BPH Akcji Dynamicznych Spółek
BP53	BPH Aktywnego Zarządzania
CS11	PKO Obligacji
CS21	PKO Stabilnego Wzrostu
CS31	PKO Zrównoważony
CS41	PKO Akcji
DW11	Investor Obligacji
DW21	Investor Zabezpieczenia Emerytalnego
DW31	Investor Zrównoważony
DW41	Investor Akcji Dużych Spółek
DW42	Investor Top 50 Małych i Średnich Spółek
DW43	Investor Akcji
DW51	Investor Gold Otwarty
HG01	HDI-Gerling Fundusz Gwarantowany
HG11	HDI-Gerling Fundusz Bezpieczny
HG12	HDI-Gerling LEO
HG13	HDI-Gerling Skarbowy
HG21	HDI-Gerling Fundusz Stabilnego Wzrostu
HG31	HDI-Gerling Fundusz Wzrostu i Dochodu
HG33	HDI-Gerling LIBRA
HG41	HDI-Gerling TAURUS
HG51	HDI-Gerling Portfel Modelowy Aktywnej Alokacji
HS41	HSBC GIF Asia ex Japan Equity
HS42	HSBC GIF BRIC Markets Equity
HS43	HSBC GIF Latin American Equity
IN21	ING Stabilnego Wzrostu
IN31	ING Zrównoważony
IN41	ING Akcji
LM01	Legg Mason Pieniężny

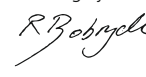
LM21	Legg Mason Senior
LM31	Legg Mason Strateg
LM41	Legg Mason Akcji
PI01	Pioneer Pieniężny
PI11	Pioneer Obligacji Plus
PI21	Pioneer Stabilnego Wzrostu
PI31	Pioneer Zrównoważony
PI41	Pioneer Akcji Polskich
PI42	Pioneer Akcji Rynków Dalekiego Wschodu
PI51	Pioneer Dochodu i Wzrostu Rynku Chińskiego
SE11	Novo Obligacji Przedsiębiorstw
SE12	Novo Papierów Dłużnych
SE21	Novo Stabilnego Wzrostu
SE31	Novo Zrównoważonego Wzrostu
SE41	Novo Akcji
SF54	Superfund Trend BIS
SK01	Skarbiec – Kasa
SK11	Skarbiec – Obligacja
SK12	Skarbiec – Depozytowy
SK21	Skarbiec – Top Funduszy Stabilnych
SK22	Skarbiec – III Filar
SK31	Skarbiec – Waga
SK41	Skarbiec – Akcja
SK42	Skarbiec – Top Funduszy Akcji
SK44	Skarbiec – Top Funduszy Zagranicznych
SK51	Skarbiec – Rynków Surowcowych
SK52	Skarbiec – Alokacji Globalnej
UI01	Union Investment UniKorona Pieniężny
UI11	Union Investment UniKorona Obligacje
UI13	Union Investment UniObligacje Aktywne
UI21	Union Investment UniBezpieczna Alokacja
UI22	Union Investment UniStabilny Wzrost
UI31	Union Investment UniKorona Zrównoważony
UI41	Union Investment UniKorona Akcje
UI43	Union Investment UniAkcje: Sektory Wzrostu
UI45	Union Investment UniAkcje: Nowa Europa
UI47	Union Investment UniAkcje: Małych i Średnich Spółek

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK ZGONU UBEZPIECZONEGO W NASTĘPSTWIE NIESZCZĘŚLIWEGO WYPADKU (INW 16)

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku (INW 16) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia podstawowego o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM” (IFK 16), 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) **dzień zajścia zdarzenia** – data zgonu Ubezpieczonego;
- 2) **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną wyłącznie zewnętrzną, zaistniałe w okresie odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, stanowiące bezpośrednią i wyłączną przyczynę śmierci Ubezpieczonego; za nieszczęśliwy wypadek nie uważa się w szczególności zawału serca i udaru mózgu oraz innych chorób o nagłym przebiegu;
- 3) **ogólne warunki** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „TANDEM” (IFK 16);
- 4) **ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto umowę ubezpieczenia dodatkowego;
- 5) **suma ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego** – świadczenie wypłacane uprawnionemu na zasadach określonych w ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia dodatkowego;
- 6) **umowa ubezpieczenia dodatkowego** – Umowa Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawarta pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego;
- 7) **umowa ubezpieczenia podstawowego** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie ogólnych warunków, o których mowa w pkt 3).

§ 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 3).
2. Ubezpieczający może zgłosić na formularzu Towarzystwa wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jednocześnie z wnioskiem o zawarcie umowy na podstawie ogólnych warunków, jak również w czasie trwania umowy ubezpieczenia podstawowego, z zastrzeżeniem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego powinien zostać złożony najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy. Zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowego jest możliwe w każdą rocznicę polisy.
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 § 4 ust. 2 i 3 ogólnych warunków.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta na rzecz Ubezpieczonego, który w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego osiągnął piętnasty rok życia i nie osiągnął sześćdziesiątego roku życia.
5. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres do dnia osiągnięcia przez Ubezpieczonego sześćdziesiątego piętego roku życia.

§ 3. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

1. Przedmiotem umowy ubezpieczenia dodatkowego zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia określany jest w niniejszych ogólnych warunkach i obejmuje śmierć Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku.

3. Zgon Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, objęty jest odpowiedzialnością Towarzystwa, jeśli nastąpił w czasie udzielania ochrony przez Towarzystwo oraz w okresie sześciu miesięcy, licząc od dnia wystąpienia nieszczęśliwego wypadku.

§ 4. OPŁATA ZA OCHRONĘ ORAZ ŚWIADCZENIE

1. Wysokość miesięcznej opłaty za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, stanowi iloczyn sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej umowy ubezpieczenia dodatkowego, określonego w Tabeli Opłat i Minimalnych Wartości, stanowiącej Załącznik nr 1 do ogólnych warunków, i liczby dwanaście.
2. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do odpowiedniego podwyższenia współczynnika ryzyka, o którym mowa powyżej, w przypadku zwiększonego ryzyka wynikającego ze stanu zdrowia Ubezpieczonego, wykonywanego przez niego zawodu, uprawianych sportów oraz hobby.
3. Opłata za ochronę z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest przez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek zapisanych na koncie regularnym, z zachowaniem postanowień § 25 ogólnych warunków.
4. Z zastrzeżeniem ograniczeń wynikających z niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 5, odpowiedzialność Towarzystwa polega na obowiązku wypłaty Uposażonemu lub innej osobie uprawnionej do otrzymania świadczenia, zgodnie z odpowiednimi zapisami ogólnych warunków w przypadkach tam określonych, świadczenia w wysokości aktualnej na dzień zgonu Ubezpieczonego sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego, niezależnie od świadczeń wypłacanych z tytułu umowy ubezpieczenia podstawowego, o których mowa w § 14 ogólnych warunków.

§ 5. OGRANICZENIA W WYPŁACIE ŚWIADCZEŃ

1. Towarzystwo nie ponosi odpowiedzialności przewidzianej w niniejszych ogólnych warunkach, jeżeli przyczyną zgonu Ubezpieczonego był nieszczęśliwy wypadek, który zaistniał bezpośrednio lub pośrednio wskutek:
 - 1) zdarzeń określonych w § 17 ust. 3 ogólnych warunków,
 - 2) stanu zdrowia Ubezpieczonego lub zaistnienia nieszczęśliwego wypadku, który miał miejsce przed datą rozpoczęcia odpowiedzialności Towarzystwa.
2. Jeżeli do zdarzenia objętego ochroną doszło po upływie lat trzech od zawarcia umowy ubezpieczenia dodatkowego, Towarzystwo nie może podnieść zarzutu, że przy zawieraniu umowy podano wiadomości nieprawdziwe, w szczególności że zatajona została choroba Ubezpieczonego.

§ 6. WYPŁATA ŚWIADCZEŃ

1. Do wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego zakresem odpowiedzialności Towarzystwa na podstawie umowy ubezpieczenia dodatkowego, zawartej w oparciu o ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, stosuje się odpowiednio przepisy ogólnych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Towarzystwo wypłaca świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę świadczenia złożonego na odpowiednim formularzu przez osobę uprawnioną do świadczenia,
 - 2) odpisu skróconego 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. Dokumenty, o których mowa w ust. 2 mogą być dołączane w formie kserokopii, o ile zostaną potwierdzone za zgodność z oryginałem przez notariusza lub uprawnionego przedstawiciela Towarzystwa.

§ 7. POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI TOWARZYSTWA

1. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w dniu ustalonym w polisie albo innym dokumencie ubezpieczenia, jeżeli umowa ubezpieczenia

- dotatkowego została zawarta w innym dniu niż umowa 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 piątego roku życia.
 3. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego wygasa, a umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu także:
 - 1) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia,
 - 2) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 3) w razie odstąpienia bądź wypowiedzenia umowy ubezpieczenia dodatkowego przez Ubezpieczającego na zasadach określonych w § 31 ogólnych warunków.
 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 Zgonu 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 15/HDI/2012 Zarządu HDI-Gerling Życie Towarzystwo Ubezpieczeń Spółka Akcyjna z dnia 27.02.2012 r. wchodzi w życie z dniem 02.04.2012 r. i mają zastosowanie do Umów Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Zgonu Ubezpieczonego w Następstwie Nieszczęśliwego Wypadku zawartych po tej dacie.

Prezes Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



dr Zbigniew J. Staszak

Członek Zarządu
HDI-Gerling Życie TU SA



Robert Bobrycki

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

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