



OGÓLNE WARUNKI GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM „HESTIA PLUS”

KOD: HP 01/07

SPIS TREŚCI:

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE	2
II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA	3
III. UMOWA UBEZPIECZENIA	3
IV. ROZWIĄZANIE UMOWY	4
V. OBEJMOWANIE PRACOWNIKÓW UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA	4
VI. KARENCJA	6
VII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO	6
VIII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO	7
IX. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA	7
X. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I REGULARNEJ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ	8
XI. KOSZTY I OPŁATY	8
XII. WARTOŚĆ WYKUPU	9
XIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA	10
XIV. FORMY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ	10
XV. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA	10
XVI. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE	11
XVII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE	12

I. POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA, w zakresie działalności swego przedsiębiorstwa, zawiera z Ubezpieczającymi umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Hestia Plus” na rachunek Ubezpieczonych, w których ryzyko inwestycyjne ponoszą Ubezpieczeni.

2. Umowa ubezpieczenia może regulować prawa i obowiązki stron w sposób odbiegający od Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 2

Terminy użyte w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia oznaczają:

1) **alokacja środków** - podział części regularnej składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej przeznaczanej na zakup jednostek uczestnictwa, pomiędzy oferowane Ubezpieczeniowe Fundusze Kapitałowe,

2) **beneficjent dodatkowy** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, świadczenia wynikającego ze zgonu Ubezpieczonego, jeżeli świadczenie to nie przysługuje żadnemu z beneficjentów głównych lub beneficjenci główni nie żyją,

3) **beneficjent główny** - wyznaczona przez Ubezpieczonego osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,

4) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel umarza jednostki uczestnictwa z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa,

5) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** - cena, po której Ubezpieczyciel przekazuje jednostki uczestnictwa na Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa,

6) **data wymagalności składki** - data, do której, zgodnie z umową ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia regularnej składki ubezpieczeniowej z tytułu objęcia Ubezpieczonego ubezpieczeniem; jeśli nie umówiono się inaczej - datą wymagalności składki jest pierwszy dzień okresu rozliczeniowego,

7) **deklaracja zgody** - wniosek Ubezpieczającego o zawarcie umowy ubezpieczenia na rachunek pracownika, w którym pracownik wyraża zgodę na objęcie ubezpieczeniem,

8) **grupa Ubezpieczonych** - wszyscy pracownicy objęci ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia,

9) **Indywidualny Rachunek Jednostek Uczestnictwa** - wyodrębniony rachunek, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, tworzony przez Ubezpieczyciela dla każdego Ubezpieczonego obejmowanego ubezpieczeniem,

10) **jednostka uczestnictwa** - część Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego będąca proporcjonalnym udziałem w jego aktywach netto,

11) **karencja** - okres ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela do zgonu wskutek nieszczęśliwego wypadku, uwzględniany w wyliczeniu wysokości składki za ryzyko i występujący w sytuacji wskazanej w umowie ubezpieczenia,

12) **nieszczęśliwy wypadek** - nagle, niezależne od woli poszkodowanego zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, mające miejsce w okresie odpowiedzialności, w wyniku którego nastąpił zgon Ubezpieczonego,

13) **objęcie ubezpieczeniem** - zawarcie pomiędzy Ubezpieczającym i Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonego, na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia,

14) **odpowiedzialność Ubezpieczyciela** - zobowiązanie Ubezpieczyciela do wypłaty świadczeń ubezpieczeniowych w zakresie wskazanym w umowie ubezpieczenia,

15) **okres rozliczeniowy** - ustalony w umowie ubezpieczenia miesięczny, kwartalny, półroczny bądź roczny okres, za który Ubezpieczający opłaca składkę ubezpieczeniową,

16) **pracownik** - osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, mianowania, wyboru, powołania, umowy o pracę nakładczą, spółdzielczej umowy o pracę, w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy, osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy agencyjnej lub umowy zlecenia, jeżeli jest objęta ubezpieczeniem społecznym z tego tytułu oraz osoba zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy zawartej w wyniku powołania lub wyboru do organu reprezentującego osobę prawną, w tym kontraktu menedżerskiego; za pracownika uważa się również osobę fizyczną, która jest członkiem jednostki organizacyjnej będącej Ubezpieczającym (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz tych członków) oraz osobę fizyczną będącą Ubezpieczającym, która jest przedsiębiorcą, współnikiem spółki cywilnej lub spółki osobowej (o ile umowa ubezpieczenia zawierana jest na rzecz pracowników tego przedsiębiorstwa),

17) **Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** - dokument określający zasady funkcjonowania Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela,

18) **regularna składka ubezpieczeniowa** - ustalona w umowie ubezpieczenia składka, opłacana przez Ubezpieczającego, z tytułu objęcia pracownika ubezpieczeniem na wypadek zgonu Ubezpieczonego oraz zdarzeń, których dotyczą ubezpieczenia dodatkowe; składka ubezpieczeniowa przeznaczana jest, na zasadach określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia na nabycie jednostek uczestnictwa,

19) **rocznica polisy** - każda rocznica rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu

do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem, przypadająca na pierwszy dzień miesiąca kalendarzowego, 20) **składka za ryzyko** - odliczana z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa i ustalana zgodnie z niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia, opłata na pokrycie ryzyka związanego z objęciem Ubezpieczonego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia i umów ubezpieczeń dodatkowych (o ile zostały zawarte),

21) **Strategie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** - dokument określający szczegółowe zasady funkcjonowania oraz stopień ryzyka inwestycyjnego poszczególnych Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oferowanych przez Ubezpieczyciela.

22) **suma ubezpieczenia** - kwota ustalona w umowie ubezpieczenia, na podstawie której jest ustalana wysokość świadczenia ubezpieczeniowego,

23) **taryfa ubezpieczeniowa** - dokument stanowiący podstawę określania wartości składki za ryzyko, modyfikowany nie częściej niż raz w roku i ustalany przez Ubezpieczyciela zgodnie z zasadami matematyki aktuarialnej, w oparciu o prawdopodobieństwo wystąpienia zgonu (tablice trwania życia) oraz prawdopodobieństwa wystąpienia innych zdarzeń losowych określonych w umowach dodatkowych, z uwzględnieniem stosowanych okresów karencji oraz kosztów zawarcia i obsługi umowy ubezpieczenia,

24) **Ubezpieczający** - osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej (której ustawa przyznaje zdolność prawną) zawierająca z Ubezpieczycielem umowę ubezpieczenia oraz umowy ubezpieczenia na rachunek Ubezpieczonych, 25) **ubezpieczenie bezskładkowe** - ubezpieczenie bez obowiązku opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych, obowiązujące w sytuacjach wskazanych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia,

26) **Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** - wydzielony fundusz aktywów tworzony z części składek ubezpieczeniowych lub wpłat dodatkowych, inwestowany w sposób określony w umowie ubezpieczenia; szczegółowe zasady funkcjonowania Funduszu określone zostały w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych oraz Strategiach Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych,

27) **Ubezpieczony** - osoba, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia; w ramach umowy indywidualnej kontynuacji Ubezpieczony jest jednocześnie Ubezpieczającym,

28) **Ubezpieczyciel** - Sopockie Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Ergo Hestia SA,

29) **umowa ubezpieczenia** - umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, określająca zasady obejmowania Ubezpieczonych ubezpieczeniem,

30) **wartość ubezpieczenia** - kwota stanowiąca iloczyn liczby jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy

Kapitałowych znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa oraz ceny sprzedaży tych jednostek w dniu ich wyceny,

31) **wartość wykupu** - wartość ubezpieczenia pomniejszona o opłatę likwidacyjną,

32) **wpłata dodatkowa** - kwota dobrowolnie wpłacana przez Ubezpieczającego w terminie i wysokości przez niego ustalonej, z zastrzeżeniem postanowień niniejszych ogólnych warunków,

33) **wyłączenie z ubezpieczenia** - rozwiązanie umowy ubezpieczenia zawartej na rachunek Ubezpieczonego.

II. PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia określonym w umowie ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.

III. UMOWA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku składanego przez Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Na dowód zawarcia umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wystawia polisę ubezpieczeniową.

§ 5

Z zastrzeżeniem postanowień § 6, umowę ubezpieczenia uważa się za zawartą z datą doręczenia Ubezpieczającemu polisy ubezpieczeniowej. Umowa ubezpieczenia zawierana w drodze negocjacji może przewidywać inną datę jej zawarcia.

§ 6

1. Jeżeli w odpowiedzi na złożoną ofertę Ubezpieczyciel doręcza Ubezpieczającemu dokument ubezpieczenia zawierający postanowienia, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel obowiązany jest zwrócić Ubezpieczającemu na to uwagę na piśmie przy doręczeniu tego dokumentu, wyznaczając mu co najmniej siedmiodniowy termin do zgłoszenia sprzeciwu. W razie niewykonania tego obowiązku zmiany dokonane na niekorzyść Ubezpieczającego nie są skuteczne, a umowa jest zawarta zgodnie z warunkami oferty.
2. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego umowa dochodzi do skutku zgodnie z treścią dokumentu ubezpieczenia, następnego dnia po upływie terminu wyznaczonego do złożenia sprzeciwu.
3. W sytuacji określonej w ust. 1, do czasu zawarcia umowy ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana jest na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez Ubezpieczającego postanowień polisy ubezpieczeniowej, które odbiegają na niekorzyść Ubezpieczającego od treści złożonej przez niego oferty, Ubezpieczyciel zwraca wpłatę na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej, w części przypadającej na okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

IV. ROZWIĄZANIE UMOWY

§ 7

1. Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od umowy ubezpieczenia i umów ubezpieczenia zawartych na rachunek Ubezpieczonych w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy, przez złożenie Ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie. Odstąpienie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej.

2. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wypowiedzenia umowy ubezpieczenia i umów ubezpieczenia zawartych na rachunek Ubezpieczonych w każdym czasie z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia, biegnącego od końca miesiąca kalendarzowego, w którym złożono Ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie w tym przedmiocie.

3. W razie cofnięcia przez Ubezpieczonego zgody na objęcie ubezpieczeniem, umowę ubezpieczenia zawartą na jego rachunek uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego, z zachowaniem okresu wypowiedzenia biegnącego do końca miesiąca, w którym do Ubezpieczyciela wpłynęło oświadczenie w tym przedmiocie.

4. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zapłaty regularnej składki ubezpieczeniowej za okres, przez jaki trwała odpowiedzialność Ubezpieczyciela.

5. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się z dniem zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do ostatniego Ubezpieczonego objętego ubezpieczeniem.

6. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia skutkuje jednoczesnym wyłączeniem z ubezpieczenia wszystkich Ubezpieczonych (i odwrotnie).

V. OBEJMOWANIE PRACOWNIKÓW UBEZPIECZENIEM I CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Objęta ubezpieczeniem w ramach grupy Ubezpieczonych może zostać, na zasadach opisanych w niniejszym rozdziale, osoba będąca pracownikiem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

2. Pracownik może zostać objęty ubezpieczeniem wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia lub z początkiem kolejnego okresu rozliczeniowego.

3. Pracownik może zostać objęty ubezpieczeniem, jeżeli z końcem roku kalendarzowego, w którym zostanie objęty odpowiedzialnością Ubezpieczyciela, będzie miał ukończone 18 lat, a nie ukończy 65 roku życia.

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, objęcie ubezpieczeniem a tym samym rozpoczęcie okresu odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych pracowników, następuje pierwszego dnia miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym Ubezpieczyciel podjął decyzję o akceptacji deklaracji zgody, pod warunkiem dokonania wpłaty na poczet pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej zgodnie z datą wymagalności.

2. W odniesieniu do osób składających wnioski o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela rozpoczyna się:

1) jeżeli złożenie wniosku, o którym mowa w § 37 ust. 1 oraz dokonanie wpłaty na poczet pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej w ramach umowy indywidualnej kontynuacji nastąpiło w okresie 30 dni licząc od końca miesiąca, za który opłacono ostatnią regularną składkę ubezpieczeniową w ramach grupy Ubezpieczonych - z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, za który opłacono ostatnią regularną składkę ubezpieczeniową w ramach grupy Ubezpieczonych,

2) jeżeli złożenie wniosku, o którym mowa w § 37 ust. 1 oraz dokonanie wpłaty na poczet pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej w ramach umowy indywidualnej kontynuacji nastąpiło po upływie 30 dni licząc od końca miesiąca, za który opłacono ostatnią regularną składkę ubezpieczeniową w ramach grupy Ubezpieczonych - z pierwszym dniem miesiąca przypadającego po miesiącu, w którym zostały spełnione łącznie następujące warunki:

a) został złożony przez osobę uprawnioną do indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia wniosek, o którym mowa w § 37 ust. 1,

b) osoba składająca wniosek, o którym mowa w § 37 ust. 1 dokonała wpłaty na poczet pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej na rachunek bankowy Ubezpieczyciela.

3. Warunkiem objęcia pracownika ubezpieczeniem jest jego pozostawanie w stosunku pracy z Ubezpieczającym w dacie wypełniania deklaracji zgody (lub pozostawanie w ramach innej umowy lub więzi wynikającej z definicji pracownika wskazanej w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia).

4. Ubezpieczyciel ma prawo do ustalenia, czy osoba zgłoszona do ubezpieczenia spełnia definicję pracownika. W tym celu Ubezpieczyciel może zwracać się do Ubezpieczającego o przedstawienie dokumentacji i wyjaśnień niezbędnych do potwierdzenia faktu spełniania definicji pracownika.

5. Objęty ubezpieczeniem nie może być pracownik, który w dniu wypełniania przez niego deklaracji zgody przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu choroby.

6. Dokumentem ubezpieczenia stwierdzającym objęcie pracownika ubezpieczeniem jest potwierdzenie przystąpienia do umowy ubezpieczenia, wystawiane przez Ubezpieczyciela oraz przekazywane Ubezpieczającemu.

7. Do czasu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela, regularne składki ubezpieczeniowe (za wyjątkiem wpłaty na poczet pierwszej składki) nie są wymagalne. Dokonana, na poczet pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej, wpłata będzie potraktowana jako regularna składka ubezpieczeniowa za pierwszy miesiąc odpowiedzialności Ubezpieczyciela.

8. Objęcie pracownika ubezpieczeniem następuje na czas pozostały do końca okresu trwania umowy ubezpieczenia, jednak nie dłużej niż:

1) do końca okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony traci status pracownika lub

2) do końca okresu rozliczeniowego, w którym Ubezpieczony ukończy 70 rok życia.

9. Postanowienia § 6 i § 7 ust. 1 - 4 stosuje się także do umowy zawartej na rachunek Ubezpieczonego w wyniku objęcia go ubezpieczeniem.

§ 10

1. Przed zawarciem umowy ubezpieczenia lub objęciem pracownika ubezpieczeniem Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do:

1) uzyskania dokumentów potwierdzających strukturę wieku, płci i zawodów pracowników,

2) uzyskania dokumentów potwierdzających stan zdrowia pracownika,

3) skierowania pracownika na badania lekarskie, przeprowadzane przez lekarza wskazanego przez Ubezpieczyciela.

2. Koszty badań medycznych zleconych przez Ubezpieczyciela, o których mowa w ust. 1 pkt 3), ponosi Ubezpieczyciel.

§ 11

1. Ubezpieczyciel, przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz objęciem pracownika ubezpieczeniem, dokonuje na podstawie danych zawartych we wniosku o ubezpieczenie, deklaracji zgody lub innej dokumentacji wskazanej w § 10, oceny poziomu ryzyka ubezpieczeniowego.

2. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla całej lub części grupy pracowników polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia na podstawie zbiorczych danych dotyczących pracowników, w tym struktury wieku, płci i wykonywanych zawodów w grupie pracowników.

3. Wyznaczenie poziomu ryzyka ubezpieczeniowego dla danego pracownika polega na określeniu prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, których dotyczy umowa ubezpieczenia, w związku z aktualnym stanem zdrowia osoby obejmowanej ubezpieczeniem, jej statusem majątkowym, wykonywanym

przez nią zawodem, uprawianym sportem lub zajęciami rekreacyjnymi.

4. W przypadku stwierdzenia podwyższonego poziomu ryzyka ubezpieczeniowego wynikającego z wyższego prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń losowych, o których mowa w ust. 2 i 3, Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia, zawarcia jej na warunkach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, odmowy objęcia danego pracownika ubezpieczeniem lub zaproponowania Ubezpieczającemu objęcia ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych.

5. Jeżeli Ubezpieczyciel podejmie decyzję o zaproponowaniu Ubezpieczającemu zawarcia umowy ubezpieczenia lub objęcia danego pracownika ubezpieczeniem na zasadach odbiegających od wnioskowanych przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel poinformuje Ubezpieczającego o tej decyzji na piśmie. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do zgłoszenia sprzeciwu w odniesieniu do decyzji Ubezpieczyciela w terminie siedmiu dni od jej doręczenia.

6. Jeżeli Ubezpieczający zgłosi sprzeciw, o którym mowa w ust. 5, jednak nie dojdzie do rezygnacji z wniosku o objęcie ubezpieczeniem, odpowiedzialność Ubezpieczyciela obowiązuje od dnia wskazanego w § 9 ust. 1, na warunkach zaproponowanych przez Ubezpieczyciela. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela na warunkach wskazanych w zdaniu pierwszym obowiązuje do czasu uzgodnienia przez strony warunków ubezpieczenia lub rezygnacji z wniosku o objęcie ubezpieczeniem, jednak nie dłużej niż do końca okresu za który dokonano wpłaty na poczet regularnej składki ubezpieczeniowej.

7. Jeżeli nie zostaną przyjęte zmienione przez Ubezpieczyciela warunki ubezpieczenia, o których mowa w ust. 5 Ubezpieczyciel dokona zwrotu dokonanej wpłaty, uwzględniającej część składki za ryzyko przypadającej na okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

8. W przypadku braku sprzeciwu Ubezpieczającego, o którym mowa w ust. 5, uważa się, że odpowiedzialność Ubezpieczyciela rozpoczęła się od dnia wskazanego w § 9 ust. 1, zgodnie z propozycją Ubezpieczyciela.

§ 12

Otwarcie Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa dla Ubezpieczonego następuje w dniu najbliższej wyceny przypadającej po dniu rozpoczęcia odpowiedzialności Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego.

§ 13

W razie wystąpienia jednego z poniższych zdarzeń, odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych ustaje:

1) w dacie rozwiązania umowy ubezpieczenia lub w dacie wyłączenia Ubezpieczonego z ubezpieczenia,

2) w dacie zgonu Ubezpieczonego,

3) w dacie wypłacenia Ubezpieczonemu całkowitej wartości wykupu lub z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę całkowitej wartości wykupu (jeżeli wypłata nie jest możliwa ponieważ nie upłynął okres wskazany w § 29 ust. 1),

5) z końcem ostatniego miesiąca kalendarzowego, w którym wartość ubezpieczenia pozwala na pokrycie opłat określonych w § 24 ust. 1.

VI. KARENcja

§ 14

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pracownika rozpoczyna się bez stosowania okresu karencji, jeżeli złożona przez Ubezpieczającego i pracownika deklaracja zgody zostanie przekazana Ubezpieczycielowi w okresie pierwszych 3 miesięcy od daty nabycia uprawnień do przystąpienia.

2. Datą nabycia uprawnień do przystąpienia do umowy ubezpieczenia jest:

1) dzień w którym rozpoczyna się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do pierwszej osoby obejmowanej ubezpieczeniem w ramach umowy ubezpieczenia,

albo

2) dzień zatrudnienia pracownika przez Ubezpieczającego - jeśli zatrudnienie nastąpiło po dacie wystąpienia zdarzenia wskazanego w pkt 1,

albo

3) dzień, w którym zaistniało inne zdarzenie, jeśli takie zostało ustalone w umowie ubezpieczenia.

3. W przypadku, gdy pracownik został objęty ubezpieczeniem w terminie innym niż wymieniony w ust. 1, w okresie 6 miesięcy od daty objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, odpowiedzialność Ubezpieczyciela jest ograniczona wyłącznie do zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku (okres karencji).

4. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia powiększonej o wartość ubezpieczenia obliczaną zgodnie z postanowieniami § 17 ust. 2.

5. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego w następstwie nieszczęśliwego wypadku, jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku zdarzeń wskazanych w § 17 ust. 3.

6. Zapisy niniejszego paragrafu nie wykluczają podjęcia przez Ubezpieczyciela decyzji o objęciu pracownika odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z zastosowaniem warunków odmiennych, zgodnie z postanowieniami § 11.

VII. OBOWIĄZKI UBEZPIECZAJĄCEGO

§ 15

1. Ubezpieczający zobowiązany jest podać do wiadomości Ubezpieczyciela wszystkie znane sobie okoliczności, o które Ubezpieczyciel pytał w formularzu oferty i w innych pismach przed zawarciem umowy bądź objęciem pracownika ubezpieczeniem. Jeżeli Ubezpieczający zawiera umowę przez przedstawiciela, obowiązek ten ciąży również na przedstawicielu i obejmuje ponadto okoliczności jemu znane. W razie zawarcia przez Ubezpieczyciela umowy ubezpieczenia mimo braku odpowiedzi na poszczególne pytania, pominięte okoliczności uważa się za nieistotne.

2. Obowiązki określone w ust. 1 spoczywają zarówno na Ubezpieczającym, jak i na Ubezpieczonym.

3. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za skutki okoliczności, które z naruszeniem postanowień ust. 1 i 2 nie zostały podane do jego wiadomości (w szczególności w sytuacji, gdy została zatajona choroba osoby objętej odpowiedzialnością Ubezpieczyciela). Jeżeli do naruszenia paragrafów poprzedzających doszło z winy umyślnej, w razie wątpliwości przyjmuje się, że wypadek przewidziany umową i jego następstwa są skutkiem okoliczności, o których mowa w zdaniu poprzedzającym. Ubezpieczyciel nie może powoływać się na postanowienia zdań wcześniejszych, jeżeli do zdarzenia doszło po upływie trzech lat od daty objęcia pracownika ubezpieczeniem.

4. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych w wysokości i terminach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 16

1. W ramach grupy Ubezpieczonych, w czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczający zobowiązany jest do przesyłania Ubezpieczycielowi, do daty wymagalności regularnej składki ubezpieczeniowej, następujących dokumentów:

1) okresowych rozliczeń wpłaconych regularnych składek ubezpieczeniowych sporządzanych na formularzu Ubezpieczyciela wraz z informacjami o zaistniałych zmianach w zatrudnieniu,

2) dokumentu określającego alokację środków, w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych, o ile umowa ubezpieczenia nie przewiduje innych zasad ustalania alokacji środków,

3) wykazu osób, które złożyły deklaracje zgody,

4) wykazu osób, które mają być wyłączone z ubezpieczenia.

2. Ubezpieczający zobowiązany jest do bieżącego informowania Ubezpieczonych, w sposób zwyczajowo przyjęty u Ubezpieczającego, o warunkach umowy ubezpieczenia mogących mieć wpływ na prawa i obowiązki Ubezpieczonych.

3. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, Ubezpieczający zobowiązany jest do pośredniczenia

w przekazywaniu Ubezpieczonym dokumentów kierowanych do Ubezpieczonych przez Ubezpieczyciela i do Ubezpieczyciela przez Ubezpieczonych.

4. W czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, Ubezpieczycielowi przysługuje prawo do kontrolowania obsługi ubezpieczenia wykonywanej przez Ubezpieczającego.

VIII. ŚWIADCZENIE Z TYTUŁU ZGONU UBEZPIECZONEGO

§ 17

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, osobie uprawnionej zostanie wypłacona suma ubezpieczenia powiększona o wartość ubezpieczenia.

2. Wartość ubezpieczenia, należna w przypadku zgonu Ubezpieczonego, ustalana jest w oparciu o cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa, obowiązującą w dniu umorzenia tych jednostek.

3. Ubezpieczyciel wypłaci wartość ubezpieczenia, a nie wypłaci sumy ubezpieczenia w przypadku zgonu Ubezpieczonego w następnym:

- 1) czynnego udziału Ubezpieczonego w aktach przemocy lub terroryzmu,
- 2) działań wojennych, powstań lub przewrotów wojskowych,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa z winy umyślnej,
- 4) popełnienia przez Ubezpieczonego czynu zabronionego pod groźbą kary, kwalifikowanego jako przestępstwo z winy umyślnej, co wykazano w toku postępowania przygotowawczego (o ile na skutek zgonu Ubezpieczonego nie wydano w stosunku do niego prawomocnego orzeczenia sądu),
- 5) samobójstwa popełnionego przez Ubezpieczonego w okresie dwóch lat od daty objęcia go ubezpieczeniem.

IX. SKŁADKA UBEZPIECZENIOWA

§ 18

1. Regularna składka ubezpieczeniowa może być opłacana w ramach grupy Ubezpieczonych zgodnie z jedną z poniższych częstotliwości:

- 1) miesięcznie,
- 2) kwartalnie,
- 3) półrocznie,
- 4) rocznie.

2. Ubezpieczający może w każdą rocznicę polisy zmienić częstotliwość opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej w odniesieniu do wszystkich Ubezpieczonych.

§ 19

1. Warunkiem objęcia pracownika ubezpieczeniem jest dokonanie przez Ubezpieczającego wpłaty na poczet pierwszej składki ubezpieczeniowej.

2. Wszystkie kolejne regularne składki ubezpieczeniowe powinny być opłacane do daty z którą stają się one wymagalne.

3. W przypadku wygaśnięcia stosunku ubezpieczenia przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa na rachunek Ubezpieczonego, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za ryzyko, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej. Jeżeli obowiązek zwrotu przez Ubezpieczyciela składki za ryzyko za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej wynika ze zgłoszenia roszczenia ubezpieczeniowego, kwota podlegająca zwrotowi wypłacana jest łącznie ze świadczeniem ubezpieczeniowym.

4. W przypadku nieopłacenia wymagalnej składki ubezpieczeniowej Ubezpieczyciel zobowiązuje się do pisemnego upomnienia Ubezpieczającego. W upomnieniu Ubezpieczyciel wskaże dodatkowy termin zapłaty i skutek nieopłacenia zaległości:

- 1) w postaci przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe (jeżeli jest to możliwe)
- 2) jeżeli przekształcenie ubezpieczenia w bezskładkowe nie jest możliwe - uznanie za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego umowę zawartą na rachunek Ubezpieczonego i wyłączenie go z ubezpieczenia ze skutkiem na wyznaczony dzień uregulowania należności.

5. Regularną składkę ubezpieczeniową uznaje się za opłaconą, jeśli wpłynęła w pełnej wysokości na rachunek bankowy Ubezpieczyciela oraz zostały spełnione i zweryfikowane warunki określone w § 16 ust. 1. Okres weryfikacji składki nie może trwać dłużej niż 5 dni roboczych od daty jej wpływu na rachunek bankowy Ubezpieczyciela, chyba że opóźnienie wynika z przyczyn, za które Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności.

6. W przypadku opłacenia przez Ubezpieczającego regularnej składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego, który został wyłączony z ubezpieczenia, podlega ona zwrotowi i nie wywołuje skutków prawnych.

7. Jeżeli kwota opłacona przez Ubezpieczającego nie odpowiada sumie regularnych składek ubezpieczeniowych wymagalnych za wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem (zgodnie z aktualnymi danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela), Ubezpieczyciel uznaje iż nie została opłacona regularna składka ubezpieczeniowa za wszystkich Ubezpieczonych.

8. Jeżeli ubezpieczenie nie może zostać przekształcone w bezskładkowe, począwszy od pierwszego dnia okresu, za który nie uiszczono regularnej składki ubezpieczeniowej ochrona ubezpieczeniowa ustaje. Ochrona ubezpieczeniowa zostanie przywrócona w pełnym zakresie i z zachowaniem jej ciągłości, jeżeli wszystkie regularne składki ubezpieczeniowe zostaną opłacone przed datą wyłączenia z ubezpieczenia Ubezpieczonego, w trybie opisanym w ust. 4 pkt 2.

§ 20

1. Regularna składka ubezpieczeniowa, pomniejszona o opłatę początkową, przeznaczana jest na nabycie jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych zgodnie z ustaloną alokacją środków i na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

2. Zmiana alokacji środków jest dokonywana przez Ubezpieczonego za pośrednictwem Ubezpieczającego na formularzu Ubezpieczyciela, o ile umowa ubezpieczenia nie przewiduje szczególnych zasad ustalania alokacji środków.

§ 21

1. W czasie trwania umowy ubezpieczenia, Ubezpieczającemu przysługuje prawo dokonywania wpłat dodatkowych pod warunkiem, że zostały opłacone wszystkie regularne składki ubezpieczeniowe.

2. W przypadku, gdy nie została opłacona wymagalna regularna składka ubezpieczeniowa, każda wpłata dodatkowa dokonana przez Ubezpieczającego, zostanie w odpowiedniej części zaliczona na poczet wymagalnej regularnej składki ubezpieczeniowej.

3. Wpłata dodatkowa, pomniejszona o opłatę początkową, jest przeznaczana na zakup jednostek uczestnictwa w Ubezpieczeniowych Funduszach Kapitałowych na zasadach przyjętych dla regularnej składki ubezpieczeniowej, opisanych w § 20 i zgodnie z przyjętą alokacją środków.

4. W przypadku dokonania wpłaty dodatkowej, Ubezpieczający jest zobowiązany wskazać, że dokonywana wpłata ma charakter wpłaty dodatkowej, a w ramach grupy Ubezpieczonych jest zobowiązany także przekazać Ubezpieczycielowi listę Ubezpieczonych, na których Indywidualne Rachunki Jednostek Uczestnictwa mają zostać przekazane zakupione jednostki uczestnictwa.

5. Minimalna wysokość wpłaty dodatkowej określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia. Zmiana minimalnej wysokości wpłaty dodatkowej może być dokonywana nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, przy czym maksymalny wzrost wysokości minimalnej wpłaty dodatkowej nie może przekroczyć iloczynu wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej zmiany i współczynnika 1,25.

X. SUMA UBEZPIECZENIA ORAZ ZMIANA WYSOKOŚCI SUMY UBEZPIECZENIA I REGULARNEJ SKŁADKI UBEZPIECZENIOWEJ

§ 22

1. Wysokość sumy ubezpieczenia określana jest w umowie ubezpieczenia zawartej na rachunek Ubezpieczonego.

2. W każdą rocznicę polisy, Ubezpieczający może, za zgodą Ubezpieczonych, wystąpić do Ubezpieczyciela na piśmie o podwyższenie sumy ubezpieczenia oraz regularnej składki ubezpieczeniowej („indeksacja”).

3. Wniosek o dokonanie indeksacji Ubezpieczający składa Ubezpieczycielowi, nie później niż na 14 dni przed rocznicą polisy. Proponowana zmiana warunków ubezpieczenia dojdzie do skutku w dniu rocznicy polisy pod warunkiem jej zaakceptowania przez Ubezpieczyciela.

XI. KOSZTY I OPŁATY

§ 23

1. Regularne składki ubezpieczeniowe oraz wpłaty dodatkowe pomniejszane są o opłatę początkową określoną w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Kwota, pozostająca po pomniejszeniu regularnej składki ubezpieczeniowej lub wpłaty dodatkowej o opłatę początkową, przeznaczana jest na zakup jednostek uczestnictwa, na zasadach określonych w § 20.

§ 24

1. Raz w miesiącu Ubezpieczyciel pobiera, w sposób określony poniżej w ust. 3 i 4:

1) składkę za ryzyko,

2) opłatę administracyjną z tytułu bieżących kosztów administrowania Indywidualnym Rachunkiem Jednostek Uczestnictwa.

2. Poza opłatami określonymi w ust. 1, Ubezpieczycielowi przysługuje również prawo pobrania opłat manipulacyjnych z tytułu przeprowadzenia operacji:

1) przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe w okresie 2 lat od daty objęcia pracownika ubezpieczeniem,

2) trzeciej i kolejnych konwersji jednostek uczestnictwa pomiędzy Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi w roku polisowym (okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy), na zasadach określonych w Regulaminie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

3. Każda z opłat, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 2 pobierana jest z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych znajdujących się na tym rachunku. Liczba umarzanych jednostek uczestnictwa (zaokrąglana jest zgodnie z zasadami arytmetyki) zależy od cen sprzedaży jednostek uczestnictwa Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w dniu umorzenia oraz bieżącej wysokości pobieranych opłat.

4. Jednostki uczestnictwa, określone w ust. 3, są umarzane z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa proporcjonalnie do udziału każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych w wartości ubezpieczenia.

§ 25

Wartość składki za ryzyko, określona w umowie ubezpieczenia, ustalana jest na jednakowym poziomie dla wszystkich lub części grupy Ubezpieczonych, w oparciu o aktualną taryfę ubezpieczenia, przyjętą przez

Ubezpieczyciela poziom ryzyka ubezpieczeniowego, o którym mowa w § 11 oraz ustalone dla grupy Ubezpieczonych wysokości świadczeń ubezpieczeniowych. W wyniku zastosowania postanowień § 11 ust. 4 składka za ryzyko w odniesieniu do poszczególnych Ubezpieczonych może różnić się od ustalonej dla pozostałych Ubezpieczonych.

§ 26

1. Przy obliczaniu wartości wykupu Ubezpieczyciel stosuje opłatę likwidacyjną określoną w tabeli opłat lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia. Wysokość opłaty likwidacyjnej różni się w kolejnych latach, licząc od dnia otwarcia Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

2. Opłata likwidacyjna pomniejsza kwotę wartości ubezpieczenia uzyskaną po umorzeniu jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

§ 27

1. Wysokość opłat, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 2, § 24 ust. 2 oraz § 26 ust.1 określona jest w tabeli opłat manipulacyjnych lub innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

2. Zmiana wysokości opłat, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 2 oraz § 24 ust. 2 może być dokonywana nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, przy czym maksymalny wzrost wysokości opłaty nie może przekroczyć iloczynu wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej zmiany określonej opłaty i współczynnika 1,25.

§ 28

1. Z tytułu zarządzania Ubezpieczeniowymi Funduszami Kapitałowymi Ubezpieczyciel pobiera opłatę za zarządzanie, zgodnie z postanowieniami Strategii Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

2. Opłata za zarządzanie, o której mowa w ust. 1 pobierana jest z aktywów netto Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego i nie wpływa na liczbę jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa.

3. Strategie Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych wskazują maksymalną różnicę pomiędzy ceną zakupu i ceną sprzedaży jednostki uczestnictwa każdego z Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych.

XII. WARTOŚĆ WYKUPU

§ 29

1. Wartość wykupu nie może zostać wypłacona:

1) w okresie 2 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego - ograniczenie ma zastosowanie do środków pochodzących ze składki ubezpieczeniowej bądź jej części finansowanej przez pracownika,

2) w okresie 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym rozpoczęła się odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego - ograniczenie ma zastosowanie do środków pochodzących ze składki ubezpieczeniowej bądź jej części finansowanej przez Ubezpieczającego (o ile umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej).

2. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty wartości wykupu po okresie podanym w ust. 1, jeżeli:

1) umowa ubezpieczenia została rozwiązana w trybie wypowiedzenia, dokonanego przez Ubezpieczającego,

2) Ubezpieczony złożył oświadczenie woli o cofnięciu zgody na zawarcie umowy na jego rachunek (rezygnacji z ubezpieczenia),

3) Ubezpieczony złożył wniosek o wypłatę wartości wykupu, z zastrzeżeniem że złożenie wniosku o wypłatę wartości wykupu z jednoczesnym dokonaniem wypowiedzenia umowy ubezpieczenia powoduje wypłatę wartości wykupu nie wcześniej niż po upływie okresu wypowiedzenia przewidzianego umową ubezpieczenia.

3. Wypłata całkowitej wartości wykupu skutkuje wyłączeniem Ubezpieczonego z ubezpieczenia. Wyłączenie z ubezpieczenia następuje z dniem dokonania wypłaty wymienionego powyżej świadczenia ubezpieczeniowego, a Ubezpieczyciel dokonuje zwrotu pobranej składki za ryzyko, za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej (licząc od dnia następnego po dacie wypłaty).

4. W przypadku zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela wobec Ubezpieczonego (w sytuacjach wskazanych w ust. 2 pkt 1 i 2) przed końcem okresów wskazanych w ust. 1, jednostki uczestnictwa zaewidencjonowane na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa przypisanym Ubezpieczonemu pozostają na tym rachunku do czasu wypłaty wartości wykupu bądź realizacji świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego, a Ubezpieczyciel zaprzestaje pobierania opłat o których mowa w § 24 ust. 1.

5. Wartość wykupu ustalana jest w oparciu o cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym Rachunku Jednostek Uczestnictwa, obowiązującą w dniu umorzenia tych jednostek.

6. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 1 Ubezpieczonemu przysługuje prawo do wypłaty części wartości wykupu.

7. Postanowienia ust. 5 stosuje się odpowiednio do częściowej wypłaty wartości wykupu.

8. Minimalna wysokość wartości ubezpieczenia po częściowym wykupie oraz minimalna kwota częściowego wykupu ustalana jest okresowo przez Ubezpieczyciela. Wartości, o których mowa w zdaniu pierwszym określone są w tabeli opłat lub innym dokumencie stanowiącym część umowy ubezpieczenia. Zmiana wartości minimalnych, o których mowa w zdaniu pierwszym może być dokonywana nie częściej niż raz w roku kalendarzowym, przy czym

maksymalny wzrost wysokości opłaty nie może przekroczyć iloczynu wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres od ostatniej zmiany i współczynnika 1,25.

XIII. WYPŁATA ŚWIADCZENIA

§ 30

1. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje uprawnionej osobie określonej w ust. 2 - 9, chyba że osoba ta umyślnie przyczyniła się do zgonu Ubezpieczonego.

2. Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego przysługuje w pierwszej kolejności beneficjentowi głównemu.

3. Ubezpieczony ma prawo do samodzielnego wskazywania beneficjenta głównego i beneficjenta dodatkowego.

4. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy niektórym z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub niektórzy beneficjenci główni nie żyją, świadczenia należne tym beneficjentom głównym przysługują proporcjonalnie pozostałym beneficjentom głównym.

5. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnemu z beneficjentów głównych nie przysługuje świadczenie lub wszyscy beneficjenci główni nie żyją albo Ubezpieczony nie wyznaczył beneficjenta głównego, świadczenie przysługuje osobom wskazanym przez Ubezpieczonego jako beneficjenci dodatkowi.

6. Postanowienia ust. 4 stosuje się odpowiednio do beneficjentów dodatkowych.

7. W przypadku zgonu Ubezpieczonego, gdy żadnej z osób wskazanych przez Ubezpieczonego jako beneficjenci główni i beneficjenci dodatkowi nie przysługuje świadczenie lub wszystkie te osoby nie żyją lub Ubezpieczony nie wyznaczył takich osób, świadczenie przysługuje członkom rodziny Ubezpieczonego, w następującej kolejności:

- 1) małżonkowi - w całości,
- 2) dzieciom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi,
- 3) rodzicom - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi ani dzieciom,
- 4) innym ustawowym spadkobiercom Ubezpieczonego - w równych częściach, jeżeli świadczenie nie może być wypłacone małżonkowi, dzieciom ani rodzicom.

8. W każdym czasie Ubezpieczonemu przysługuje prawo do zmiany beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego, przez złożenie pisemnego oświadczenia w tym przedmiocie.

9. Zmiana beneficjenta głównego lub beneficjenta dodatkowego dochodzi do skutku z datą wpływu do Ubezpieczyciela oświadczenia Ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 8.

§ 31

W przypadku zgonu Ubezpieczonego osoba, której przysługuje świadczenie, jest zobowiązana dostarczyć Ubezpieczycielowi za pośrednictwem Ubezpieczającego następujące dokumenty, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia:

- 1) zgłoszenie roszczenia,
- 2) potwierdzenie przystąpienia Ubezpieczonego do umowy ubezpieczenia,
- 3) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego (do wglądu),
- 4) zaświadczenie stwierdzające przyczynę zgonu, wystawione przez lekarza lub właściwe władze,
- 5) własny dokument tożsamości (do wglądu),
- 6) inne dokumenty dodatkowo wskazane przez Ubezpieczyciela.

§ 32

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia uprawnionego z umowy ubezpieczenia w wyniku własnych ustaleń dokonanych w postępowaniu dotyczącym ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności roszczenia i wysokości świadczenia, w terminie 30 dni od dnia otrzymania zawiadomienia o wypadku.

2. Jeżeli wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia w terminie wskazanym w ust. 1 okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

XIV. FORMY WYPŁATY ŚWIADCZEŃ

§ 33

1. Świadczenia należne z tytułu umowy ubezpieczenia mogą być wypłacone:

- 1) w formie wypłaty jednorazowej,
- 2) w formie i na warunkach ubezpieczenia rentowego znajdującego się w ofercie Ubezpieczyciela w dniu wypłaty świadczenia.

2. W przypadku zawarcia z Ubezpieczycielem umowy ubezpieczenia rentowego, Ubezpieczyciel odstąpi od pobierania opłaty likwidacyjnej, o której mowa w § 26 ust. 1.

XV. ZAWARCIE UMOWY INDYWIDUALNEJ KONTYNUACJI UBEZPIECZENIA

§ 34

Ubezpieczony może zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na warunkach określonych w §§ 36 - 38, jeżeli:

- 1) przestał być pracownikiem Ubezpieczającego - pod warunkiem obejmowania Ubezpieczonego ubezpieczeniem przez okres co najmniej 6 miesięcy (do okresu tego zalicza się również czas przez jaki pracownik objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach innej umowy ubezpieczenia zawartej przez Ubezpieczającego, z obejmowania której pracownik zrezygnował przystępując do umowy zawartej na podstawie niniejszych ogólnych warunków),

2) odbywa zasadniczą służbę wojskową, przebywa na urlopie wychowawczym lub urlopie bezpłatnym oraz w sytuacji, gdy umowa o pracę, którą Ubezpieczony zawarł z Ubezpieczającym lub umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu reorganizacji lub likwidacji zakładu pracy - bez względu na obejmowanie ubezpieczeniem.

§ 35

Ubezpieczający jest zobowiązany informować Ubezpieczonych, którzy przestali być pracownikami Ubezpieczającego o możliwości zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, zgodnie z warunkami obowiązującymi w odniesieniu do takich umów u Ubezpieczyciela - bez obowiązku wykonywania badań medycznych.

§ 36

1. Suma ubezpieczenia w umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest równa sumie ubezpieczenia określonej dla umowy ubezpieczenia, z tytułu której Ubezpieczony objęty był odpowiedzialnością Ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia grupowego.

2. Umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawierana jest na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Na wniosek Ubezpieczonego umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, może być zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia i w oparciu o zasady właściwe dla umowy indywidualnego ubezpieczenia na życie oferowanego przez Ubezpieczyciela w dacie składania wniosku, o którym mowa w § 37 ust. 1.

3. W umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia obowiązują ograniczenia dotyczące możliwości wypłaty wartości wykupu, o których mowa w § 29 ust. 1. Okres odpowiedzialności Ubezpieczyciela, od którego w myśl § 29 ust. 1 uzależnione jest nabycie prawa do wypłaty wartości wykupu, liczony jest z uwzględnieniem okresu obejmowania Ubezpieczonego ubezpieczeniem w ramach grupy Ubezpieczonych.

§ 37

1. Osoba mająca zamiar zawrzeć umowę indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia jest zobowiązana złożyć wniosek o zawarcie wspomnianej umowy, nie później jednak niż przed upływem trzech miesięcy, licząc od ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który została opłacona ostatnia regularna składka ubezpieczeniowa w ramach grupy.

2. Osoby, które ukończyły 69 rok życia nie mogą składać wniosku o zawarcie umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia.

3. Za datę złożenia wniosku określonego w ust. 1 uznaje się dzień przekazania go Ubezpieczycielowi.

§ 38

1. Jeżeli umowa indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia na życie zawierana jest na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się nie później niż w rocznicę polisy w roku, w którym Ubezpieczony kończy 70 lat.

2. W umowie indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszych ogólnych warunków obowiązuje kwartalna częstotliwość opłacania regularnej składki ubezpieczeniowej.

3. W stosunku do umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia zawieranej na podstawie niniejszych ogólnych warunków nie stosuje się postanowień § 8, § 9 ust. 1 i ust. 3 - 9, §§ 10 - 11, § 14, § 16 i § 18.

XVI. UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 39

1. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego regularnej składki ubezpieczeniowej za Ubezpieczonego, ubezpieczenie zostanie przekształcone w ubezpieczenie bezskładkowe.

2. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe następuje z mocą obowiązującą na pierwszy dzień miesiąca za który nie opłacono pierwszej regularnej składki ubezpieczeniowej.

3. Przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie pozbawia Ubezpieczonego prawa do zawarcia umowy indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia, na zasadach określonych w §§ 34 - 38.

4. W okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego, w każdym miesiącu z Indywidualnego Rachunku Jednostek Uczestnictwa jest odliczana odpowiednia liczba jednostek uczestnictwa na pokrycie opłat wskazanych w § 24 ust. 1.

5. W przypadku, gdy wartość ubezpieczenia jest niewystarczająca na pokrycie opłat w danym miesiącu, ubezpieczenie bezskładkowe wygasa z pierwszym dniem tego miesiąca, a odpowiedzialność Ubezpieczyciela ustaje.

6. W okresie obowiązywania ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczającemu przysługuje prawo do:

- 1) dokonywania wpłat dodatkowych,
- 2) dokonywania wypłaty wartości wykupu, z zastosowaniem postanowień § 29.

7. W przypadku ubezpieczenia bezskładkowego odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawartych umów dodatkowych ustaje, chyba że postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń dodatkowych, na podstawie których zawarto umowy dodatkowe, stanowią inaczej.

8. Ubezpieczającemu przysługuje prawo do wznowienia opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych. Wznowienie opłacania regularnych składek ubezpieczeniowych nie powoduje wznowienia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu umów dodatkowych.

XVII. POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 40

1. Wszystkie zawiadomienia i oświadczenia stron umowy powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem lub przesłane listem poleconym.

2. Jeżeli strona umowy zmieniła adres i nie zawiadomiła o tym drugiej strony umowy, to pismo skierowane pod ostatni znany adres strony wywiera skutki prawne od chwili, w której byłoby doręczone, gdyby strona nie zmieniła adresu. Postanowienia powyższe mają również zastosowanie do siedziby strony.

3. W umowie ubezpieczenia strony mogą postanowić, że zawiadomienia i oświadczenia składane przez strony umowy będą dostarczane drugiej stronie drogą elektroniczną, za pomocą wiadomości tekstowej SMS, faksu lub telefonu odpowiednio: z zastosowaniem programu wykorzystywanego przez strony do obsługi umowy ubezpieczenia bądź pod wskazany przez strony adres poczty elektronicznej, numer infolinii Ubezpieczyciela oraz pod numer telefonu komórkowego lub stacjonarnego wskazany przez Ubezpieczającego.

§ 41

1. W przypadku zagubienia lub zniszczenia polisy ubezpieczeniowej, Ubezpieczający jest zobowiązany niezwłocznie powiadomić o tym fakcie Ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczyciel może wydać duplikat polisy na pisemny wniosek Ubezpieczającego. Z datą wydania duplikatu oryginał polisy staje się nieważny, co zostanie potwierdzone na duplikacie.

§ 42

1. Podatki i opłaty związane z otrzymaniem świadczenia ubezpieczeniowego nie obciążają Ubezpieczyciela.

2. Podatki i opłaty związane z płatnością składek ubezpieczeniowych obciążają Ubezpieczającego.

3. Przepisy regulujące opodatkowanie świadczeń ubezpieczeniowych określonych w niniejszych Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wskazuje w tabeli opłat manipulacyjnych lub w innym dokumencie stanowiącym integralną część umowy ubezpieczenia.

4. Wykluczone jest zaciąganie zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia w okresie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym tę umowę zawarto.

§ 43

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty, zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego, ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 44

Ubezpieczony może żądać by Ubezpieczyciel udzielił mu informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz o Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą praw i obowiązków Ubezpieczonego.

§ 45

Dodatkowe Ogólne Warunki Ubezpieczenia, na podstawie których zawarto dodatkowe umowy ubezpieczenia (stanowiące uzupełnienie umowy ubezpieczenia), mogą zawierać postanowienia odmienne od postanowień niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia.

§ 46

1. W odniesieniu do umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia właściwe jest prawo polskie.

2. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia mają zastosowanie odpowiednie powszechnie obowiązujące przepisy prawa.

3. Jeżeli co innego nie wynika z ustaleń pomiędzy Ubezpieczającym a Ubezpieczycielem, dokonanie zmiany w umowie ubezpieczenia za zgodą wszystkich Ubezpieczonych skutkuje odpowiednią zmianą we wszystkich umowach ubezpieczenia zawartych na rachunek Ubezpieczonych.

§ 47

1. Skargi i zażalenia Ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia będących osobami fizycznymi rozpatrywane są niezwłocznie przez Zarząd Ubezpieczyciela lub uprawnionego pracownika, po przesłaniu ich drogą pisemną pod adres siedziby Ubezpieczyciela. Sporządzona na piśmie odpowiedź na skargę lub zażalenie wysyłana jest listem poleconym. Skargi i zażalenia można również składać do Rzecznika Ubezpieczonych.

2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia, można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, beneficjenta lub innej osoby uprawnionej z umowy ubezpieczenia.

§ 48

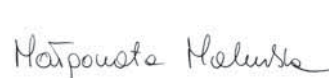
Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia wchodzi w życie z dniem 10 sierpnia 2007 roku i obowiązują do umów zawartych od tej daty.

Prezes Zarządu



Piotr Maria Śliwicki

Wiceprezes Zarządu



Małgorzata Makulska