

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia

Nasza Firma Plus Wariant Bezpieczny



MetLife®

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Życie

§ 1 Definicje

Poniższe terminy użyte w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie oraz umów dodatkowych oznaczać będą:

1. **OWU** – ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie;
2. **Towarzystwo** – MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna;
3. **Biuro główne Towarzystwa** – biuro Towarzystwa, mieszczące się w Warszawie, przy ul. Przemysłowej 26;
4. **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, która zawarła z Towarzystwem Umowę Ubezpieczenia;
5. **Umowa Podstawowa** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta pomiędzy Ubezpieczającym i Towarzystwem na podstawie OWU;
6. **Umowa Dodatkowa** – umowa, rozszerzająca zakres ochrony udzielanej przez Towarzystwo o dodatkowe zdarzenie ubezpieczeniowe, zawierana na podstawie pisemnego wniosku Ubezpieczającego łącznie z Umową Podstawową lub w czasie trwania Umowy Podstawowej pod warunkiem zaakceptowania powyższego wniosku przez Towarzystwo;
7. **Umowa Ubezpieczenia** – Umowa Podstawowa oraz Umowy Dodatkowe;
8. **Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy Ubezpieczenia doręczany Ubezpieczającemu;
9. **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, zatrudniona przez Ubezpieczającego, objęta ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz Ubezpieczający będący osobą fizyczną;
10. **Karta Rejestracyjna** – formularz Towarzystwa, w którym pracownik oświadcza wolę objęcia ubezpieczeniem i wskazuje Uposażonego;
11. **Świadczenie** – wypłata jednorazowa lub w ratach dokonana na rzecz Ubezpieczonego lub Uposażonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia;
12. **Uposażony** – osoba wskazana samodzielnie przez Ubezpieczonego, uprawniona do otrzymania świadczenia na podstawie zawartej Umowy Ubezpieczenia;
13. **Rok Ubezpieczenia** – okres pierwszych 12 miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia oraz każdy kolejny taki okres liczony od upływu poprzedniego okresu;
14. **Miesięcznica polisy** – dzień miesiąca odpowiadający dniowi, w którym weszła w życie Umowa Ubezpieczenia;
15. **Nieszczęśliwy Wypadek** – niezależne od woli, nagłe i gwałtowne zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, które wystąpiło w czasie trwania odpowiedzialności Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej i spowodowało u Ubezpieczonego fizyczne obrażenia ciała;
16. **Świadczenie pracy** – wykonywanie pracy na rzecz Ubezpieczającego w miejscu zatrudnienia lub w miejscu wykonywania pracy wskazanym przez Ubezpieczającego. Pojęcie „świadczenie pracy” będzie odnosić się także do dni ustawowo lub regulaminowo wolnych od pracy, jeżeli pracownik wykonywał pracę na rzecz Ubezpieczającego w dniu bezpośrednio poprzedzającym pod warunkiem, że pracownik nie był w tym dniu niezdolny do pracy.

§ 2 Rodzaj, przedmiot i zakres ubezpieczenia

1. Niniejsze ubezpieczenie jest ubezpieczeniem na życie.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
3. Przedmiotem ubezpieczenia może być dodatkowo zdrowie Ubezpieczonego oraz gromadzenie środków w ramach grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jeżeli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
4. Zakres ubezpieczenia obejmuje śmierć Ubezpieczonego.
5. Zakres ubezpieczenia może obejmować wystąpienie innych zdarzeń, jeżeli tak przewiduje Umowa Ubezpieczenia.
6. Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia określa sumy ubezpieczenia właściwe dla Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych.

§ 3 Zawarcie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowę Ubezpieczenia uważa się za zawartą z chwilą podpisania przez Ubezpieczającego Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia.
2. Jeżeli treść Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia zawiera postanowienia odbiegające od treści OWU, Towarzystwo przy jej doręczeniu zwróci pisemnie uwagę na zachodzące różnice w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Umowę Ubezpieczenia zawiera się na czas określony dwunastu miesięcy liczony od daty wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia określonej w ust. 7.
4. Umowa Ubezpieczenia będzie przedłużana na kolejne roczne okresy, o ile umowa nie zostanie rozwiązana zgodnie z postanowieniami § 5 lub § 13 OWU lub o ile Towarzystwo, najpóźniej na 30 dni przed końcem Roku Ubezpieczenia, nie złoży pisemnego oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy Ubezpieczenia lub propozycji przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach, w szczególności związanej ze zmianą wysokości składki.
5. W przypadku złożenia przez Towarzystwo propozycji, o której mowa w ust. 4, Umowa Ubezpieczenia zostaje przedłużona na kolejny Rok Ubezpieczenia pod warunkiem doręczenia Towarzystwu pisemnej akceptacji propozycji Towarzystwa najpóźniej w ostatnim dniu poprzedzającym kolejny Rok Ubezpieczenia. W przypadku zapłacenia przez Ubezpieczającego składki w zaproponowanej przez Towarzystwo wysokości, wynikającej łącznie ze zmiany stawek ubezpieczeniowych, uznaje się, że Ubezpieczający zaakceptował propozycję przedłużenia Umowy Ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
6. Jednocześnie z zawarciem Umowy Ubezpieczenia albo w terminie późniejszym w czasie trwania Umowy Ubezpieczenia mogą zostać zawarte Umowy Dodatkowe.
7. Umowa Ubezpieczenia wchodzi w życie pod warunkiem łącznego spełnienia wymienionych niżej warunków:
 - podpisanie Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i
 - zapłacenie składki zgodnej z zawartą Umową Ubezpieczenia i
 - dostarczenie do Towarzystwa oryginałów Kart Rejestracyjnych osób mających zostać objętymi ochroną ubezpieczeniową w dniu wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia i
 - spełnienie warunku określonego w § 13.Jeśli spełnienie powyższych warunków nastąpiło:
 - do dwudziestego czwartego dnia miesiąca kalendarzowego, wówczas Umowa Ubezpieczenia wchodzi w życie z dwudziestym piątym dniem tego miesiąca,
 - do ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, wówczas Umowa Ubezpieczenia wchodzi w życie z pierwszym dniem następnego miesiąca.

§ 4 Odstąpienie od Umowy Ubezpieczenia

1. Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Umowy Ubezpieczenia, ze skutkiem natychmiastowym, w terminie 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą, w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy.
2. W takim przypadku Towarzystwo zwróci wpłaconą składkę po potrąceniu jej części za okres, w którym udzielało ochrony ubezpieczeniowej z zastrzeżeniem § 22.

§ 5 Rozwiązanie Umowy Ubezpieczenia

1. Umowa Ubezpieczenia może być rozwiązana w każdym czasie przez Ubezpieczającego za pisemnym wypowiedzeniem ze skutkiem na koniec trzeciego miesiąca, licząc od Miesięcznicy polisy następującej po wypowiedzeniu Umowy Ubezpieczenia.
2. Równocześnie z rozwiązaniem Umowy Podstawowej ulegają rozwiązaniu wszelkie Umowy Dodatkowe.

§ 6 Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia

1. Zmiana warunków Umowy Ubezpieczenia:
 - a) wymaga każdorazowo formy pisemnej pod rygorem nieważności,

- b) wymaga dla swej skuteczności uprzedniej zgody Ubezpieczonego, jeżeli narusza ona jego prawa lub prawa Uposażonego.
2. Ubezpieczający obowiązany jest do przekazania pisemnie Ubezpieczonemu informacji o zmianie warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianie prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia przed wyrażeniem zgody przez Ubezpieczającego na zmianę warunków Umowy Ubezpieczenia lub zmianę prawa właściwego dla Umowy Ubezpieczenia.
 3. W przypadku zmian warunków Umowy Ubezpieczenia, które naruszają prawa Ubezpieczonego lub Uposażonego, Ubezpieczający obowiązany jest do uzyskania uprzedniej pisemnej zgody Ubezpieczonego na dokonanie tych zmian i przekazania jej do Towarzystwa.
 4. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 2 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 7 Zobowiązania Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający zobowiązuje się do zapłaty składki należnej z tytułu Umowy Ubezpieczenia oraz wypełniania innych obowiązków wynikających z zawartej Umowy Ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest dostarczać Towarzystwu zgodnie z jego wymaganiami wszelkie informacje i dokumenty niezbędne do zawarcia Umowy Ubezpieczenia oraz do ustalenia praw Ubezpieczonego do świadczenia. W szczególności jest zobowiązany sporządzić, bieżąco aktualizować i przysyłać Towarzystwu listę Ubezpieczonych oraz osób, których ochrona ubezpieczeniowa wygasa, w terminie do ostatniego dnia przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą miesiąc obowiązywania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczający zobowiązuje się przekazywać Towarzystwu dane Ubezpieczonego niezbędne do przesyłania korespondencji.
4. Ubezpieczający zobowiązuje się udostępnić do wglądu Towarzystwu dokumenty znajdujące się w jego posiadaniu, mające znaczenie dla odpowiedzialności Towarzystwa z tytułu Umowy Ubezpieczenia i zakresu ubezpieczenia, jak również wysokości składki.
5. Ubezpieczający w szczególności zobowiązany jest niezwłocznie przekazywać Towarzystwu oświadczenia składane za jego pośrednictwem przez Ubezpieczonego.
6. Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazywania Ubezpieczonemu informacji o wysokości świadczeń przysługujących z Umowy Ubezpieczenia, w tym wartości wykupu, jeżeli wysokość tych świadczeń ulegnie zmianie w czasie obowiązywania Umowy Ubezpieczenia oraz zmianie świadczenia ustalanego na podstawie sumy ubezpieczenia wyrażonej w ustalonej kwocie, niezwłocznie po otrzymaniu takiej informacji od Towarzystwa.
7. W przypadku nieprzekazania informacji, o której mowa w ust. 6 powyżej, Ubezpieczający ponosi wobec Ubezpieczonego odpowiedzialność na zasadach ogólnych.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający obowiązany jest do terminowej i prawidłowej zapłaty składki za wszystkich Ubezpieczonych zgodnie z Umową Ubezpieczenia.
2. Składki należne z tytułu Umowy Ubezpieczenia są płacone przez Ubezpieczającego jednym przelewem na rachunek bankowy Towarzystwa. Numer rachunku bankowego Towarzystwa zamieszczony jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
3. Pierwsza składka w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia płacona jest w dniu jej zawarcia. Następne składki płacone są w terminie do ostatniego dnia przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą okres, za który należna jest składka.
4. Ubezpieczający najpóźniej w ostatnim dniu przed Miesięcznicą polisy rozpoczynającą okres udzielania ochrony ubezpieczeniowej przesyła w formie pisemnej wykaz zgodny z wymogami Towarzystwa, określający listę Ubezpieczonych oraz kwotę składki odprowadzonej na rzecz każdego z nich.

§ 9 Karencja na zapłacenie składki

1. Dopuszczalny okres karencji na zapłacenie składek, tj. okres zwłoki Ubezpieczającego w zapłacie składki, wynosi 31 dni, licząc od terminu płatności, z wyjątkiem terminu płatności pierwszej składki.
2. W okresie karencji Towarzystwo udziela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Podstawowej i zawartych Umów Dodatkowych.
3. W okresie karencji Towarzystwo nie nalicza odsetek za zwłokę.
4. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w terminie wymagalności Towarzystwo pisemnie wezwie Ubezpieczającego do opłacenia składki w terminie siedmiu dni od daty otrzymania wezwania.
5. Jeżeli składka nie zostanie zapłacona do końca okresu określonego w ust. 4, Umowa Ubezpieczenia wygasa z upływem tego okresu, natomiast ochrona ubezpieczeniowa wygasa ze skutkiem na koniec okresu, za jaki została opłacona ostatnia składka.
6. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić część składki należnej za okres, w którym Umowa Ubezpieczenia pozostawała w mocy.

§ 10 Obliczanie składek z tytułu Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych

1. Sporządzając Szczegółową Umowę Ubezpieczenia, Towarzystwo obliczy składki właściwe dla Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych.
2. Składki z tytułu Umowy Podstawowej i z tytułu każdej z Umów Dodatkowych są określone przez Towarzystwo w każdym Roku Ubezpieczenia, przy uwzględnieniu liczby Ubezpieczonych, rodzaju wykonywanej przez Ubezpieczonych pracy, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz sum ubezpieczenia właściwych dla Umowy Podstawowej i Umów Dodatkowych.

§ 11 Uprawnienie do objęcia ochroną ubezpieczeniową

1. Uprawniona do objęcia ochroną ubezpieczeniową jest osoba w wieku od 16 roku życia, która nie ukończyła 64 roku życia, zatrudniona przez Ubezpie-

czającego w pełnym wymiarze godzin na podstawie umowy o pracę na czas nieokreślony lub określony co najmniej 6 miesięcy, oraz Ubezpieczający, gdy jest osobą fizyczną.

2. Uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową nie nabywają pracownicy czasowo nieświadczący pracy na rzecz Ubezpieczającego. W stosunku do tych osób nabycie uprawnienia jest odroczone do Miesięcznicy polisy następującej po powrocie do świadczenia pracy na rzecz Ubezpieczającego.

§ 12 Rozpoczęcie ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od dnia wejścia w życie Umowy Ubezpieczenia dla osób uprawnionych do ubezpieczenia w tym dniu.
2. W przypadku osób nowo zatrudnionych ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo rozpoczyna się od Miesięcznicy polisy, następującej po łącznym spełnieniu warunków: nabycie uprawnienia do objęcia ochroną ubezpieczeniową zgodnie z § 11, zapłacenie składki w terminie wymagalności, dostarczenie do Towarzystwa Kart Rejestracyjnych oraz potwierdzenie zdolności ubezpieczeniowej zgodnie ze Szczegółową Umową Ubezpieczenia.

§ 13 Wymagania uczestnictwa

1. Minimalna liczba osób objętych ubezpieczeniem wynosi 3, a maksymalna 50.
2. Jeżeli w ostatnim dniu pierwszego Roku Ubezpieczenia lub następnie w terminach płatności kolejnych składek nie zostaną spełnione warunki przewidziane w ust. 1, Umowa Ubezpieczenia wygasa w dniu poprzedzającym Miesięcznicę polisy, bezpośrednio przypadającym po otrzymaniu przez Ubezpieczającego od Towarzystwa zawiadomienia o niespełnieniu tych warunków

§ 14 Zakończenie udzielania ochrony ubezpieczeniowej

1. Ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo kończy się w odniesieniu do Ubezpieczonego w ostatnim dniu poprzedzającym Miesięcznicę polisy, jeżeli pomiędzy nią a poprzednią Miesięcznicą polisy przypadło jedno ze zdarzeń:
 - a) osiągnięciem przez Ubezpieczonego wieku 65 lat,
 - b) utratą przez Ubezpieczonego uprawnień do ubezpieczenia,
 - c) rozpoczęcie przez Ubezpieczonego urlopu bezpłatnego lub wychowawczego dłuższego niż jeden miesiąc,
 - d) powołanie do pełnienia służby wojskowej lub jej form zastępczych, przeszkolenia wojskowego lub ćwiczeń wojskowych, lecz nie później niż ostatniego dnia okresu, za który została zapłacona składka.
2. W przypadku wypowiedzenia Umowy Ubezpieczenia ochrona ubezpieczeniowa udzielana przez Towarzystwo wszystkim Ubezpieczonym kończy się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia Umowy Ubezpieczenia.

§ 15 Uposażony

1. Ubezpieczony w każdym czasie ma prawo do samodzielnego wskazania i zmiany osoby Uposażonego.
2. Zmiana lub odwołanie Uposażonego stają się skuteczne z dniem otrzymania przez Towarzystwo odpowiedniego, pisemnego oświadczenia Ubezpieczonego.
3. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uposażonego i nie określił ich udziałów w świadczeniu, wówczas Uposażeni otrzymują równe części świadczeń przysługujących im na podstawie Umowy Ubezpieczenia.
4. Jeżeli Uposażony umyślnie przyczynił się do śmierci Ubezpieczonego, wskazanie Uposażonego staje się bezskuteczne.
5. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uposażonego, świadczenie będzie przypadać spadkobiercom Ubezpieczonego.

§ 16 Waluta

Wszystkie składki i świadczenia są płacone w polskich złotych.

§ 17 Wyłączenia odpowiedzialności Towarzystwa

Samobójstwo

Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej nie zostanie wypłacone, jeśli Ubezpieczony, niezależnie od stanu poczytalności, popełni samobójstwo w czasie dwóch lat od momentu, gdy został objęty ochroną ubezpieczeniową.

Ryzyko wojenne

Świadczenie z tytułu Umowy Podstawowej ani z tytułu Umów Dodatkowych (za wyjątkiem grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego) nie zostanie wypłacone, jeśli śmierć Ubezpieczonego lub członka rodziny Ubezpieczonego lub inne zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi bezpośrednio lub pośrednio w wyniku wojny. Wojna oznacza wojnę wypowiedzianą, niewypowiedzianą, operacje wojenne, inwazję, wrogie działania obcych państw, działania wojenne, bunt, rozruchy społeczne, zamieszki, wojnę domową, rebelię, powstanie, spisek, działania władz wojskowych lub uzurpatorskich, stan wojenny, oblężenia, jakiegokolwiek inne podobne zajście, powód ogłoszenia lub wprowadzenia stanu wojennego lub stanu wojny.

§ 18 Świadczenie z tytułu ubezpieczenia na życie

1. W wypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo, po otrzymaniu niezbędnej dokumentacji, wypłaci Uposażonemu świadczenie równe określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia sumie ubezpieczenia.
2. Świadczenie takie zostanie wypłacone w terminach i na zasadach określonych w § 19.

§ 19 Wypłata świadczeń

1. Zawiadomienie o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną ubezpieczeniową na podstawie Umowy Ubezpieczenia powinno być złożone w formie pisemnej.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia Towarzystwo w terminie 7 dni dostarczy niezbędne formularze w celu udokumentowania zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową udzielaną przez Towarzystwo.
3. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań lekarskich Ubezpieczonego przez przedstawicieli Towarzystwa w uzasadnionych przypadkach w czasie rozstrzygnięcia prawa do wypłaty świadczenia, oraz w przypadku śmierci Ubezpieczonego prawo do zbadania okoliczności śmierci. W szczególnych przypadkach Towarzystwo zastrzega sobie prawo do wystąpienia z wnioskiem do policji, prokuratury, sądu i innych właściwych instytucji publicznych o dodatkowe informacje dotyczące okoliczności zdarzenia ubezpieczeniowego celem ustalenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Świadczenia z tytułu śmierci Ubezpieczonego będą wypłacane Uposażonemu.
5. Inne świadczenia będą wypłacane Ubezpieczonemu.
6. Towarzystwo wypłaci świadczenie z Umowy Podstawowej, łącznie ze świadczeniami należnymi z tytułu Umów Dodatkowych, jeżeli takie są należne, w terminie 14 dni od dnia złożenia kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 2. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa albo wysokości świadczenia ubezpieczeniowego okazałoby się niemożliwe, świadczenie ubezpieczeniowe zostanie spełnione w terminie 14 dni od wyjaśnienia tych okoliczności. Jednak bezsporną część świadczenia Towarzystwo wypłaci w terminie określonym powyżej.
7. W przypadkach uzasadnionych Towarzystwo zastrzega sobie prawo do weryfikacji dokumentacji przedłożonej przez osobę uprawnioną do świadczenia oraz zasięgnięcia dodatkowych opinii specjalistów.
8. Jeżeli osoba uprawniona do świadczenia nie przedstawiła wymaganych dokumentów niezbędnych do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, Towarzystwo może odmówić wypłaty świadczenia.
9. Podatki związane z wypłatą świadczeń obciążają osoby uprawnione do tych świadczeń zgodnie z obowiązującym prawem, w szczególności właściwymi przepisami dotyczącymi podatków dochodowych od osób fizycznych i prawnych.

10. Wszelkie skargi i zażalenia wynikające z Umowy Ubezpieczenia winny być przesyłane na adres Biura głównego Towarzystwa. W przypadku nieuznania skargi przez Towarzystwo organem właściwym do rozpatrzenia skarg i zażaleń jest Rzecznik Ubezpieczonych. Skargi i zażalenia rozpatrywane są w ciągu 30 dni od daty ich otrzymania.

§ 20 Właściwość sądów

Wszelkie spory mogące wyniknąć z Umowy Ubezpieczenia lub z nią związane pomiędzy Towarzystwem a Ubezpieczającym, Ubezpieczonym, Uposażonym lub ich następcami prawnymi będą rozstrzygane przez sąd właściwy dla Biura głównego Towarzystwa albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego, Uposażonego lub uprawnionego z Umowy Ubezpieczenia.

§ 21 Postanowienia kolizyjne

1. Rozbieżności lub sprzeczności pomiędzy postanowieniami Szczegółowej Umowy Ubezpieczenia i postanowieniami OWU rozstrzyga Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia.
2. Prawem właściwym dla Umowy Ubezpieczenia jest prawo obowiązujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

§ 22 Postanowienia dodatkowe

1. W Umowie Ubezpieczenia, która przewiduje, że składki finansowane są całkowicie lub częściowo przez Ubezpieczającego, stosuje się postanowienia określone w ust. 2 i 3.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia z tytułu Umowy Ubezpieczenia nie jest Ubezpieczający.
3. Umowa Ubezpieczenia, w okresie pięciu lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym ją zawarto, wyklucza:
 - a) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy,
 - b) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy,
 - c) wypłatę z tytułu dożycia wieku oznaczonego w umowie.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Śmierci na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 2 Definicje

Wszelkie określenia niezdefiniowane w niniejszych Warunkach, ale zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, są stosowane również w niniejszych Warunkach w znaczeniu zdefiniowanym w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 3 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4 Odpowiedzialność Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej z zastrzeżeniem postanowień znajdujących się w § 3 ust. 8 OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu 65 urodzin Ubezpieczonego.

§ 5 Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego prowadzące do śmierci Ubezpieczonego powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo w wyniku:

1. samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
2. lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samo-

lotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych lub licencjonowanego przewoźnika,

3. obrażeń odniesionych w czasie łamania prawa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
4. choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, dyskopatii, rwy kulszowej, przepukliny, AIDS, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
5. uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
6. wypadku wynikłego z faktu pozostawania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.

§ 6 Wypłata świadczeń

1. W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu, niezależnie od świadczenia z tytułu Umowy Podstawowej lub Umów Dodatkowych, świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) w wyniku tych obrażeń śmierć Ubezpieczonego nastąpiła w terminie najpóźniej 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną śmierci Ubezpieczonego były wyżej wymienione obrażenia ciała.
2. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wszystkie składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostały opłacone.
3. Wypłata świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z warunkami Umowy Dodatkowej.

§ 7

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Całkowitego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 2 Definicje

Poniższe określenia oznaczają:

1. **Całkowite i Trwałe Inwalidztwo** – całkowita i zgodnie z aktualną wiedzą medyczną trwałą, to jest nierokująca poprawy niezdolność Ubezpieczonego do podejmowania jakiegokolwiek działalności gospodarczej i wykonywania jakiegokolwiek pracy przynoszącej dochód lub wynagrodzenie,
2. **Uszczerbek na Zdrowiu** – trwała fizyczna strata funkcji narządu, układu lub kończyny Ubezpieczonego.

Wszelkie określenia niezdefiniowane powyżej, ale zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, są stosowane w niniejszych Warunkach w znaczeniu zdefiniowanym w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 3 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Uszczerbek na Zdrowiu na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4 Odpowiedzialność Towarzystwa

1. Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej z zastrzeżeniem postanowień znajdujących się w § 3 ust. 8 OWU.
2. Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu 65 urodzin Ubezpieczonego.

§ 5 Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

1. Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, które spowodowały Całkowite i Trwałe Inwalidztwo lub Uszczerbek na Zdrowiu, powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo w wyniku:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu poczytalności Ubezpieczonego,
 - b) lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych lub licencjonowanego przewoźnika,
 - c) obrażeń odniesionych w czasie łamania prawa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - d) choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, rwy kulszowej, przepukliny, AIDS, zatrucia ptocyaninami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - e) uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
 - f) wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
2. Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu Całkowitego Inwalidztwa lub Uszczerbku na Zdrowiu będących rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka międzyżebrowego.

§ 6 Wypłata świadczeń

1. Całkowite i Trwałe Inwalidztwo
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że:

- a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Całkowite i Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wymienione wyżej obrażenia ciała i
 - d) Całkowite i Trwałe Inwalidztwo trwało nieprzerwanie przez 12 kolejnych miesięcy, licząc od daty nieszczęśliwego wypadku i na zakończenie tego okresu pozostaje całkowitym i trwałym, to jest zgodnie z aktualną wiedzą medyczną nie rokuje poprawy.
- 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
 2. Uszczerbek na Zdrowiu
 - 1) W przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci Ubezpieczonemu świadczenie stanowiące część sumy ubezpieczenia określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia pod warunkiem, że
 - a) Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - b) fizyczne obrażenia ciała powodujące Uszczerbek na Zdrowiu zostały stwierdzone w terminie 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i
 - c) bezpośrednią i wyłączną przyczyną Uszczerbku na Zdrowiu były wymienione wyżej obrażenia ciała.
 - 2) Świadczenie zostanie pomniejszone o kwoty należne lub wypłacone wcześniej – zgodnie z warunkami niniejszej Umowy Dodatkowej – z tytułu tego samego Nieszczęśliwego Wypadku.
 - 3) Wysokość świadczenia zostanie ustalona przez lekarza powołanego przez Towarzystwo na podstawie „Tabeli norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu w ubezpieczeniach grupowych”, która jest dostępna w Biurze głównym Towarzystwa, stanowiącej integralną część niniejszej Umowy Ubezpieczenia.

§ 7

1. Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wszystkie składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostały opłacone.
2. Wypłata świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z warunkami Umowy Dodatkowej.
3. Wypłata świadczenia z tytułu Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa powoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w odniesieniu do Ubezpieczonego, któremu świadczenie zostało wypłacone.
4. Wypłata świadczenia z tytułu Uszczerbku na Zdrowiu nie powoduje wygaśnięcia ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej w przypadku, gdy Ubezpieczony pozostaje nadal uprawnionym do ubezpieczenia na życie. W razie zajścia następnego zdarzenia ubezpieczeniowego Towarzystwo wypłaci świadczenie zgodnie z § 6 i z zastrzeżeniem § 8 ust. 2.

§ 8 Ustalenie wysokości wypłaty świadczenia

1. W przypadku straty funkcji w obrębie kilku narządów lub kończyn części sumy ubezpieczenia odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom dodaje się, jednakże wypłacone świadczenie nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia określonej Umową Ubezpieczenia.
2. W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych przed datą objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, części sumy ubezpieczenia zostaną pomniejszone proporcjonalnie do stopnia inwalidztwa istniejącego uprzednio.
3. Świadczenie z tytułu zdarzenia ubezpieczeniowego zostanie wypłacone po okresie pełnej rekonwalescencji i potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa.
4. Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu ustalenia stopnia Uszczerbku na Zdrowiu lub potwierdzenia Całkowitego i Trwałego Inwalidztwa.

§ 9

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 2 Definicje

Poniższe określenia oznaczają:

Trwałe Inwalidztwo – nie mniejsze niż 50% uszkodzenie ciała Ubezpieczonego określone w Tabeli stanowiącej załącznik do niniejszych warunków lub ustalone na podstawie Tabeli norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa na skutek nieszczęśliwego wypadku polegające na fizycznej, nieodwracalnej utracie funkcji narządu lub kończyny.

Wszelkie określenia niezdefiniowane powyżej, ale zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie, są stosowane w niniejszych Warunkach w znaczeniu zdefiniowanym w Ogólnych Warunkach Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 3 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego na skutek Nieszczęśliwego Wypadku.

§ 4 Odpowiedzialność Towarzystwa

- Odpowiedzialność Towarzystwa w zakresie Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa w dniu 65 urodzin Ubezpieczonego.

§ 5 Wyłączenie odpowiedzialności Towarzystwa

- Świadczenie z tytułu Umowy Dodatkowej nie zostanie wypłacone, jeżeli obrażenia fizyczne Ubezpieczonego, które spowodowały Trwałe Inwalidztwo, powstały bezpośrednio lub pośrednio, całkowicie lub częściowo w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na prośbę Ubezpieczonego, niezależnie od stanu jego poczytalności,
 - lotu samolotem lub jakimkolwiek powietrznym środkiem transportu w charakterze pasażera lub innym, z wyjątkiem lotu w charakterze pasażera samolotem pasażerskich licencjonowanych linii lotniczych lub licencjonowanego przewoźnika,
 - obrażeń odniesionych w czasie łamania prawa, a także w wyniku stawiania oporu podczas zatrzymania lub aresztowania,
 - choroby, ułomności fizycznej lub psychicznej oraz medycznych lub chirurgicznych skutków jej leczenia, rwy kulszowej, przepukliny, AIDS, zatrucia ptomainami lub infekcji bakteryjnej (z wyjątkiem infekcji ropnej powstałej w wyniku przypadkowego skaleczenia lub zranienia),
 - uczestnictwa w zawodach z użyciem pojazdów kołowych, koni, łodzi lub nart wodnych,
 - wypadku wynikłego z faktu pozostawiania przez Ubezpieczonego w stanie po spożyciu alkoholu, środków odurzających lub innych substancji toksycznych, z wyjątkiem zażywanych zgodnie z zaleceniem lekarza.
- Towarzystwo nie wypłaci świadczenia z tytułu Trwałego Inwalidztwa będącego rezultatem następujących schorzeń kręgosłupa i rdzenia kręgowego: zwyrodnienie kręgosłupa, dyskopatia, kręgozmyk, przepuklina krążka miazdżystego.

§ 6 Wypłata świadczeń

- Jednorazowe świadczenie
Jeżeli Ubezpieczony dozna fizycznych obrażeń ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku, których skutkiem jest Trwałe Inwalidztwo, Towarzystwo wypłaci jednorazowe świadczenie w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, jeżeli:
 - Ubezpieczony odniósł fizyczne obrażenia ciała na skutek Nieszczęśliwego Wypadku i
 - Fizyczne obrażenia ciała powodujące Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego zostały stwierdzone w ciągu 180 dni od daty Nieszczęśliwego Wypadku i

- bezpośrednią i wyłączną przyczyną Trwałego Inwalidztwa Ubezpieczonego były wyżej wymienione fizyczne obrażenia ciała i
 - Trwałe Inwalidztwo Ubezpieczonego trwało przez sześć (6) kolejnych miesięcy licząc od daty Nieszczęśliwego Wypadku i nadal pozostaje Trwałym Inwalidztwem po zakończeniu tego okresu, nierokującym poprawy w świetle obowiązującej wiedzy medycznej.
- Miesięczne świadczenie
Dodatkowo do świadczenia opisanego w ust. 1 powyżej Towarzystwo wypłacać będzie z tytułu Trwałego Inwalidztwa na skutek Nieszczęśliwego Wypadku miesięczne świadczenie. Wysokość tego miesięcznego świadczenia oraz okres przez jaki będzie ono wypłacane są określone w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, zgodnie z wariantem wskazanym przez Ubezpieczającego. Wypłata miesięcznego świadczenia rozpocznie się po okresie pełnej rekonwalescencji oraz potwierdzeniu trwałego charakteru inwalidztwa i będzie obejmowała okres od pierwszego miesiąca następującego po miesiącu, w którym zdarzył się Nieszczęśliwy Wypadek będący przyczyną Trwałego Inwalidztwa.

§ 7

- Świadczenie zostanie wypłacone pod warunkiem, że wszystkie składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia zostały opłacone.
- Wypłata świadczenia nastąpi po otrzymaniu i zaakceptowaniu przez Towarzystwo dokumentów niezbędnych do ustalenia odpowiedzialności Towarzystwa zgodnie z warunkami Umowy Dodatkowej.
- Ochrona ubezpieczeniowa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa:
 - w przypadku powstania obowiązku wypłaty świadczenia opisanego w § 6 w odniesieniu do pojedynczego Ubezpieczonego,
 - jeśli Ubezpieczony został w trakcie trwania niniejszej Umowy Dodatkowej uznany za niepoczytalnego – z dniem powstania stanu niepoczytalności. Przez niepoczytalność Ubezpieczonego rozumie się nieodwracalne zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące niezdolność Ubezpieczonego do samodzielnej egzystencji.

§ 8 Ustalenie wysokości wypłaty świadczenia

- Jeśli Trwałe Inwalidztwo jest spowodowane uszkodzeniem ciała niewymienionym w tabeli świadczeń stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, ocena stopnia inwalidztwa zostanie dokonana w oparciu o „Tabelę norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”, która jest dostępna w Biurze głównym Towarzystwa oraz jego upoważnionych przedstawicielstwach, stanowiącą integralną część niniejszej Umowy Ubezpieczenia.
- W przypadku zaistnienia obrażeń w obrębie kilku narządów lub kończyn Towarzystwo obliczy wielkość procentowego uszkodzenia ciała, sumując procenty inwalidztwa odpowiadające poszczególnym narządom lub kończynom zgodnie z „Tabelą norm oceny procentowej trwałego i częściowego inwalidztwa wskutek nieszczęśliwego wypadku”.
- W przypadku anatomicznego uszkodzenia bądź dysfunkcji narządu lub kończyny powstałych u Ubezpieczonego przed datą objęcia ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej, przy ocenie stopnia inwalidztwa spowodowanego nieszczęśliwym wypadkiem zaistniałym w trakcie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy Dodatkowej, uwzględniany będzie stopień inwalidztwa istniejącego uprzednio. Prawo do świadczenia będzie przysługiwało w przypadku, kiedy wartość procentowa orzeczonego inwalidztwa pomniejszonego o inwalidztwo istniejące uprzednio będzie spełniała definicję Trwałego inwalidztwa zgodnie z § 2 niniejszych Warunków.
- Obowiązek wypłaty miesięcznego świadczenia z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej wygasa w przypadku śmierci uprawnionego do świadczeń.
- Towarzystwo zastrzega sobie prawo do przeprowadzenia badań Ubezpieczonego przez lekarza powołanego przez Towarzystwo w celu potwierdzenia Trwałego Inwalidztwa odpowiadającego niniejszym Warunkom. Ubezpieczony jest zobowiązany na żądanie i koszt Towarzystwa poddawać się w trakcie postępowania rozszczeniowego badaniom lekarskim z częstotliwością uzasadnioną względami medycznymi i treścią niniejszych Warunków. Wszelkie świadczenia należne z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej zostaną wypłacone na podstawie ostatecznego wyniku tych badań.

§ 9

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Załącznik do Umowy Dodatkowej Grupowego Ubezpieczenia na Wypadek Trwałego Inwalidztwa na Skutek Nieszczęśliwego Wypadku

Tabela inwalidztwa z podziałem na rodzaj trwałego inwalidztwa
Szczegółowy podział i klasyfikacja inwalidztwa jest do wglądu w placówkach Towarzystwa

Trwałe Inwalidztwo
Całkowita strata wzroku w obu oczach
Całkowita strata obu ramion lub obu dłoni
Całkowita głuchota, spowodowana urazem
Strata dolnej szczęki
Całkowita strata mowy
Całkowita strata jednego ramienia i jednej nogi
Całkowita strata jednego ramienia i jednej stopy
Całkowita strata jednej dłoni i jednej stopy
Całkowita strata jednej dłoni i jednej nogi
Całkowita strata obu nóg
Całkowita strata obu stóp

Kończyny górne
Strata jednego ramienia lub jednej dłoni
Całkowity paraliż kończyny górnej (nieuleczalne uszkodzenie nerwów)
Kończyny dolne
Całkowita strata kończyny dolnej powyżej połowy uda
Całkowita strata kończyny dolnej poniżej połowy uda
Całkowity paraliż dolnej kończyny (nieuleczalne uszkodzenie nerwu)

Ogólne Warunki Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Nasz Fundusz”

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego „Nasz Fundusz” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w Umowach Ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 2 Definicje

Poniższe określenia oznaczają:

- Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy** – zwany dalej „funduszem”, ubezpieczeniowy funduszy kapitałowy tworzony przez Towarzystwo zgodnie z obowiązującymi przepisami ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz. U. nr 124, poz. 1151 z późn. zm.), którego środki są inwestowane w sposób określony w Regulaminie,
- Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych** – zwany dalej „Regulaminem”, odrębny dokument stanowiący załącznik do niniejszych Warunków, zawierający opis funduszy, sposób ich tworzenia i zarządzania, stanowiący integralną część niniejszych Warunków,
- Jednostka Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** – zwana dalej „jednostką”, środki finansowe (aktywa netto) każdego funduszu są podzielone na równe części zwane jednostkami lub części tych jednostek. Łączna liczba jednostek jest zwiększana poprzez nabycie nowych jednostek lub zmniejszana poprzez ich umorzenie,
- Cena Netto Jednostki** – cena obliczana zgodnie z art. 4 Regulaminu,
- Składka za Umowę Dodatkową** – składka z tytułu Umowy Dodatkowej grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego „Nasz Fundusz” finansowana przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego i opłacana Towarzystwu przez Ubezpieczającego zgodnie z Umową Ubezpieczenia,
- Udział Ubezpieczającego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę Dodatkową finansowana przez Ubezpieczającego, przeznaczona na zakup jednostek,
- Udział Ubezpieczonego** – określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia część Składki za Umowę Dodatkową finansowana przez Ubezpieczonego, przeznaczona na zakup jednostek,
- Rachunek Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego** – zwany dalej „Rachunkiem”, indywidualny rachunek Ubezpieczonego, na którym gromadzone są jednostki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego albo Udziału Ubezpieczonego. W przypadku finansowania Udziału Ubezpieczającego oraz Udziału Ubezpieczonego na rzecz jednego Ubezpieczonego tworzone są dwa Rachunki, oddzielnie dla Udziału Ubezpieczonego i oddzielnie dla Udziału Ubezpieczającego,
- Wartość Rachunku** – wyrażona w polskich złotych wartość jednostek Rachunku będąca sumą iloczynów liczby jednostek zgromadzonych na Rachunku i Ceny Netto Jednostki,

10. **Data Wymagalności Świadczenia** – dzień nabycia prawa do wypłaty świadczenia z tytułu Umowy Dodatkowej,

11. **Dzień Wyceny Jednostki** – każdy dzień roboczy, w którym Towarzystwo dokonuje wyceny jednostek.

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

§ 3 Zdarzenie ubezpieczeniowe

Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć lub dożycie przez Ubezpieczonego Daty Wymagalności Świadczenia.

§ 4 Odpowiedzialność Towarzystwa

- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej rozpoczyna się od dnia objęcia Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową z tytułu Umowy Dodatkowej.
- Odpowiedzialność Towarzystwa z tytułu Umowy Dodatkowej wygasa z datą wygaśnięcia ubezpieczenia na życie.

§ 5 Wymagana dokumentacja

Ubezpieczający zobowiązany jest sporządzić, prowadzić oraz bieżąco aktualizować i przysyłać Towarzystwu wykaz zgodny z wymogami Towarzystwa, w wersji papierowej i elektronicznej, zawierający listę Ubezpieczonych, wysokość składek finansowanych zarówno przez Ubezpieczającego, jak i przez Ubezpieczonego, przekazywanych na rzecz każdego Ubezpieczonego oraz oznaczenie funduszu wybranego przez każdego z Ubezpieczonych. Wykaz ten powinien być przesłany do Towarzystwa na 2 dni robocze przed dokonaniem wpłaty składki z tytułu Umowy Ubezpieczenia na rachunek Towarzystwa.

§ 6 Zarządzanie Rachunkiem

W okresie obowiązywania Umowy Dodatkowej na Rachunku prowadzone będą operacje dopisywania i potrącania jednostek:

- Dopisywanie jednostek w związku z wpłatą Składki za Umowę Dodatkową
Środki pochodzące z Udziału Ubezpieczającego lub Udziału Ubezpieczonego przeliczane są na jednostki funduszu wskazanego przez Ubezpieczonego. Liczba jednostek dopisywanych do Rachunku obliczana jest poprzez podzielenie wartości odpowiedniego udziału przez Cenę Netto Jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po dacie uznania środków na rachunku Towarzystwa pod warunkiem otrzymania wykazu określonego w § 5. W przeciwnym wypadku środki zostaną przeliczone na jednostki niezwłocznie po otrzymaniu wykazu.

W przypadku płatności pierwszej Składki za Umowę Dodatkową zakup jednostek nastąpi według Ceny Netto Jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z następujących dat:

- dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą pierwszej Składki za Umowę Dodatkową,
 - dacie wejścia w życie Umowy Dodatkowej.
2. Potrącenia jednostek (umorzenie jednostek)
- Z tytułu administrowania Rachunkiem Towarzystwo będzie pobierać opłatę administracyjną, która składa się z części stałej oraz części zmiennej określonej jako procent od Wartości Rachunku. Wysokość opłaty administracyjnej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia. Opłata ta po przeliczeniu na jednostki, według Ceny Netto Jednostki, zostanie potrącona z Rachunku.
- Pierwsze potrącenie nastąpi w dniu, w którym jednostki zostały po raz pierwszy dopisane do Rachunku. Kolejne potrącenia będą dokonywane co miesiąc, w dniu odpowiadającym dacie pierwszego potrącenia. Gdy dzień ten będzie dniem wolnym od pracy, operacja ta zostanie przeprowadzona w najbliższym następującym po nim dniu roboczym.
3. Wysokość opłaty administracyjnej może wzrosnąć co najwyżej o wskaźnik równy większemu z następujących wskaźników: wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych (inflacji) lub wzrostu przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w sektorze przedsiębiorstw, ogłaszanego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego. Ten wskaźnik jest ustalany dla okresu od dnia ostatniej zmiany wysokości opłaty do dnia, w którym ustalona została nowa wysokość. Zmiany te nie stanowią zmiany Umowy. W tym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane do poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach.
4. Towarzystwo będzie także prowadziło na Rachunku wszelkie inne operacje, które zostały opisane w niniejszych Warunkach. Zwiększenie (zakup) lub zmniejszenie (umorzenie) liczby jednostek na Rachunku dokonywane jest według Ceny Netto Jednostki na dzień operacji, o ile inne postanowienia Umowy Dodatkowej nie stanowią inaczej.
5. Po upływie każdego Roku Ubezpieczenia Towarzystwo potwierdzi Wartość Rachunków każdego z Ubezpieczonych.

§ 7 Wpłata dodatkowa

Ubezpieczający ma prawo do dokonania wpłaty dodatkowej finansowanej przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, po uprzednim pisemnym powiadomieniu i po potwierdzeniu przez Towarzystwo. Minimalną wysokość wpłaty dodatkowej określa Szczegółowa Umowa Ubezpieczenia. Wpłata dodatkowa zostanie przeznaczona w całości (100% alokacji) na zakup jednostek w wybranym przez Ubezpieczonego funduszu.

Liczba jednostek dopisywanych do Rachunku jest obliczana poprzez podzielenie wartości wpłaty dodatkowej przez Cenę Netto Jednostki z pierwszego dnia roboczego następującego po późniejszej z dat:

- dacie uznania rachunku Towarzystwa kwotą wpłaty dodatkowej,
- dacie wpływu do Towarzystwa pisemnego powiadomienia o opłaceniu wpłaty dodatkowej.

§ 8 Zmiana Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

- W trakcie obowiązywania niniejszej Umowy Dodatkowej Ubezpieczony może dokonać zmiany funduszu zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia oraz po uprzednim pisemnym powiadomieniu na formularzu Towarzystwa.
- Jeśli zmiana dotyczy wszystkich środków, zarówno zgromadzonych, jak i przyszłych, wówczas Towarzystwo niezwłocznie po otrzymaniu formularza:
 - dokona umorzenia jednostek aktualnego funduszu zgromadzonych z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej na Rachunkach Ubezpieczonego oraz
 - przeznaczy kwotę powstałą w wyniku powyższej operacji na zakup jednostek nowego funduszu.Począwszy od tego momentu Udziały Ubezpieczającego i Ubezpieczonego będą przeliczane na jednostki nowego funduszu.
- Jeśli zmiana dotyczy tylko przyszłych środków, wówczas począwszy od daty otrzymania formularza Udziały Ubezpieczającego i Ubezpieczonego będą przeliczane na jednostki nowego funduszu.
- Opłata związana ze zmianą funduszu, określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia, po przeliczeniu na jednostki zostanie potrącona z Rachunku.

§ 9 Wypłata środków

- Data Wymagalności Świadczeń jest datą uzyskania uprawnień emerytalnych albo wcześniejszych uprawnień emerytalnych przewidzianych powszechnym systemem ubezpieczeń społecznych, albo uprawnień do świadczenia rentowego z tytułu niezdolności do pracy w razie orzeczenia właściwego organu. Ubezpieczający powiadomi Towarzystwo na piśmie nie później niż do Daty Wymagalności Świadczeń o dokonaniu przez Ubezpieczonego wyboru wariantu wypłaty świadczenia będącego w aktualnej ofercie Towarzystwa. W przypadku innym niż wypłata jednorazowa warunki wypłaty świadczenia określą odrębna umowa zawarta pomiędzy Ubezpieczonym i Towarzystwem. W przypadku wypłaty jednorazowej Towarzystwo wypłaci Wartość Rachunku w terminie 30 dni od daty otrzymania dyspozycji Ubezpieczonego o sposobie przekazania środków.
- W przypadku śmierci Ubezpieczonego Towarzystwo wypłaci Uposażonemu Wartość Rachunku w terminie 30 dni od daty zgłoszenia wyświadczenia.
- W przypadku wygaśnięcia uprawnień do ubezpieczenia przed Datą Wymagalności Świadczenia Ubezpieczony ma prawo do wypłaty Wartości Rachunku, z zastrzeżeniem ust. 4. W przypadku rezygnacji z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia, Ubezpieczony ma prawo do wypłaty Wartości Rachunku zgodnie z ust. 4 oraz § 12 ust. 2.

Wypłata środków w związku z rezygnacją z ubezpieczenia przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia skutkuje utratą prawa do ponownego objęcia ubezpieczeniem w przyszłości.

- Wypłata środków pochodzących z Udziału Ubezpieczającego może być dokonana nie wcześniej niż po pięciu latach, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym pracownik został objęty ubezpieczeniem.
- Wypłata środków nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania pisemnej dyspozycji Ubezpieczonego o sposobie ich przekazania.

§ 10 Odstąpienie od Umowy Dodatkowej

Z zastrzeżeniem § 22 OWU w przypadku odstąpienia od Umowy Dodatkowej zgodnie z OWU Towarzystwo wypłaci Ubezpieczającemu:

- wartość Rachunków obliczoną w oparciu o Cenę Netto Jednostki obowiązującą w dniu realizacji wniosku o odstąpienie od umowy oraz
- różnicę pomiędzy składką opłaconą z tytułu niniejszej Umowy Dodatkowej a wysokością udziałów.

Zwrot składki nastąpi w terminie 30 dni od daty otrzymania przez Towarzystwo pisemnego oświadczenia Ubezpieczającego o odstąpieniu od umowy.

§ 11 Rozwiązanie Umowy Dodatkowej

- Umowa Dodatkowa ulega rozwiązaniu:
 - za wypowiedzeniem przez Ubezpieczającego ze skutkiem na dzień najbliższej rocznicy umowy następującej po dacie doręczenia Towarzystwu pisemnego oświadczenia o wypowiedzeniu,
 - z dniem następnym po terminie płatności składki określonym w Umowie Ubezpieczenia w przypadku jej niezapłacenia lub jeżeli Ubezpieczający nie ureguluje zaległej składki, w dodatkowym terminie 14 dni od dnia doręczenia mu wezwania zawierającego pouczenie o skutkach uchylecia się od zapłaty,
 - z dniem rozwiązania Umowy Podstawowej.
- W przypadku opisanym w pkt 1 lit. b) Umowę Dodatkową uważa się za wypowiedzianą przez Ubezpieczającego.
- Obowiązek opłacania składek przez Ubezpieczającego ustaje z dniem rozwiązania Umowy Dodatkowej.

§ 12 Opłata z tytułu rozwiązania Umowy

- W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej przez Ubezpieczającego Towarzystwo potrąci z Rachunków opłatę określoną poniżej, stanowiącą procent od Wartości Rachunków przeliczoną na jednostki. Wysokość opłaty uzależniona będzie od roku obowiązywania Umowy Dodatkowej liczonego od daty wejścia w życie tej umowy.

Data rozwiązania Umowy Dodatkowej	Opłata
W 1. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	5%
W 2. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	4%
W 3. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	3%
W 4. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	2%
W 5. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	1%
Po 5. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	0% Wartości Rachunków

- W przypadku rezygnacji przez Ubezpieczonego z Umowy Dodatkowej przed wygaśnięciem uprawnień do ubezpieczenia, wypłacie podlega Wartość Rachunku pomniejszona o opłatę określoną poniżej, stanowiącą procent od Wartości Rachunku przeliczoną na jednostki. Za rok obowiązywania Umowy Dodatkowej przyjmuje się rok ubezpieczenia Ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.

Rok ubezpieczenia	Opłata
W 1. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	5%
W 2. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	4%
W 3. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	3%
W 4. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	2%
W 5. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	1%
Po 5. roku obowiązywania Umowy Dodatkowej	0% Wartości Rachunków

§ 13 Przeniesienie środków zgromadzonych na Rachunkach

- W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej, na pisemny wniosek Ubezpieczającego, który jednocześnie wyraził wolę przeniesienia środków do innej, wskazanej instytucji finansowej, Towarzystwo przeniesie do niej Wartość Rachunków pomniejszoną o opłatę określoną w § 12 ust. 1.
- Poczynając od dnia rozwiązania Umowy Dodatkowej, Towarzystwo wypłaci świadczenia, które były należne przed tym dniem.
- Przeniesienie środków zostanie dokonane w terminie 30 dni od daty rozwiązania Umowy Dodatkowej i będzie jednoznaczne z wygaśnięciem odpowiedzialności Towarzystwa wynikającej z Umowy Dodatkowej wobec Ubezpieczającego i Ubezpieczonego.

§ 14 Likwidacja Rachunków w następstwie rozwiązania Umowy

W przypadku rozwiązania Umowy Dodatkowej i złożenia Towarzystwu przez Ubezpieczającego pisemnego wniosku o likwidację Rachunków, Ubezpieczonemu przysługiwac będzie wypłata Wartości Rachunku pomniejszona o opłatę określoną w § 12 ust. 1. Wypłata zostanie dokonana w terminie 30 dni od daty zakończenia okresu wypowiedzenia oraz daty otrzymania dyspozycji Ubezpieczonego o sposobie przekazania środków.

§ 15 Skutki braku oświadczenia o zadysponowaniu środkami zgromadzonymi na Rachunkach

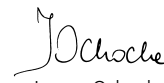
Jeżeli Ubezpieczający nie doręczy Towarzystwu pisemnej decyzji o przeniesieniu środków i sposobie ich przekazania lub o likwidacji Rachunków, Rachunki będą prowadzone tak długo, jak łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 jest niższa niż Wartość Rachunków, jednak nie dłużej niż do dnia najwcześniejszego z wymienionych zdarzeń:

- łączna wartość potrąceń wyszczególnionych w § 6 jest większa niż lub równa Wartości Rachunków lub
- doręczenie Towarzystwu pisemnego wniosku o przeniesienie środków zgodnie z § 13 niniejszych Warunków, lub
- doręczenie Towarzystwu pisemnego wniosku Ubezpieczającego o likwidację Rachunków zgodnie z § 14 niniejszych Warunków.

Wszelkie opłaty określone w § 6 będą naliczane przez cały czas prowadzenia Rachunków.



Łukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

§ 16 Zmiana warunków

W określonych poniżej sytuacjach Warunki oraz Regulamin mogą być z ważnych przyczyn zmienione w drodze uchwały Zarządu Towarzystwa. Ważną przyczyną jest zmiana lub wprowadzenie nowych przepisów prawa, istotna zmiana sytuacji ekonomiczno-gospodarczej, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji na rynku finansowym w Polsce, oraz zmiana warunków świadczenia ochrony ubezpieczeniowej w wyniku wydania:

- wiążących Towarzystwo zaleceń lub decyzji przez organ nadzoru lub przez inny organ administracji publicznej,
 - orzeczenia o utracie mocy obowiązującej aktu normatywnego w całości lub części przez Trybunał Konstytucyjny,
 - orzeczenia przez Sąd Najwyższy, Naczelny Sąd Administracyjny, sąd powszechny.
- Zmiany te nie stanowią zmiany Umowy. W tym przypadku Towarzystwo jest zobowiązane do poinformowania Ubezpieczającego o tych zmianach.

§ 17

We wszystkich sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Grupowego Ubezpieczenia na Życie.

Warszawa, dnia 15 maja 2014 roku

Załącznik do Umowy Dodatkowej Ubezpieczeniowy Fundusz Kapitałowy

Regulamin Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych

Artykuł 1. Opis

W ramach niniejszej umowy oferowane są wymienione niżej ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane dalej „funduszami”, utworzone przez Towarzystwo na podstawie ustawy o działalności ubezpieczeniowej w celu lokowania składek wpłaconych z tytułu umów ubezpieczenia zawartych przez Towarzystwo. Fundusze te stanowią wydzieloną część aktywów Towarzystwa i nie oferują gwarantowanych zysków. W ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych mogą być oferowane różne typy jednostek. Typ jednostki oferowany w ramach danej umowy ubezpieczenia określony jest w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.

UFK OBLIGACYJNY (OBLIGACYJNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez konserwatywne inwestowanie powierzonych środków. Aktywa Funduszu są lokowane w obligacje (80%-100%) i w krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0%-20%). W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK STABILNEGO WZROSTU (STABILNEGO WZROSTU)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie powierzonych środków w instrumenty finansowe o zróżnicowanym poziomie ryzyka. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (20%-40%), obligacje (40%-60%) i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0%-40%). W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

UFK DYNAMICZNY (DYNAMICZNY)

Celem inwestycyjnym Funduszu jest osiągnięcie długoterminowego wzrostu kapitału poprzez inwestowanie w instrumenty finansowe charakteryzujące się dużym potencjałem wzrostu i podwyższonym ryzykiem inwestycyjnym. Aktywa Funduszu są lokowane w akcje (50%-100%), obligacje i krótkoterminowe papiery dłużne oraz depozyty bankowe (0%-50%). W ramach powyższej alokacji Fundusz może zainwestować do 30% aktywów w zagraniczne papiery wartościowe.

Artykuł 2. Aktywa funduszy i ich wycena

Wartość lokat wchodzących w skład aktywów funduszy będzie ustalana według wartości godziwej zdefiniowanej następująco:

Wartość godziwa – ma znaczenie określone w ustawie z dnia 29 września 1994 roku o rachunkowości, w art. 28 ust. 6. W praktyce może oznaczać to następujące metody wyceny dla poszczególnych instrumentów finansowych:

- akcje, obligacje lub inne instrumenty finansowe – po cenie ustalonej w aktywnym obrocie regulowanym (przez Giełdę Papierów Wartościowych S.A. lub inną wiarygodną instytucję finansową),
- obligacje i inne dłużne papiery nienotowane lub których cena giełdowa jest niewiarygodna – na podstawie ceny podobnego instrumentu finansowego, publicznie ogłoszonej, notowanej w aktywnym obrocie regulowanym, bądź z zastosowaniem właściwego modelu wyceny z danymi wejściowymi pochodzącymi z aktywnego obrotu regulowanego.

Wartość aktywów netto funduszu jest to wartość aktywów pomniejszona o zobowiązania tego funduszu. Zmiana wartości aktywów netto funduszu wynikająca z działalności inwestycyjnej jest dzielona na poszczególne typy jednostek tego funduszu proporcjonalnie do wartości aktywów netto przypadających na dany typ jednostki, które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.

Artykuł 3. Kryteria doboru aktywów

- Inwestycje funduszy w dłużne papiery wartościowe są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - bieżącego oraz przewidywanego poziomu rynkowych stóp procentowych,
 - ryzyka kredytowego odnoszącego się do emitentów poszczególnych papierów wartościowych,
 - płynności poszczególnych papierów wartościowych.
- Inwestycje funduszy w akcje są podejmowane na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - udziału akcji w indeksach giełdowych,
 - porównania wyceny akcji na podstawie analizy fundamentalnej do bieżących cen rynkowych,
 - płynności akcji.

3. Dokładny udział lokat aktywów funduszy w dłużne papiery wartościowe i akcje będzie uzależniony od decyzji podejmowanych przez fundusze na podstawie analiz dotyczących w szczególności:
 - a) relatywnej wyceny poszczególnych klas aktywów,
 - b) przewidywań odnośnie rozwoju sytuacji na rynku akcji i dłużnych papierów wartościowych w przyszłości.
4. Inwestycje funduszy w papiery wartościowe denominowane w walutach obcych są podejmowane również na podstawie analiz dotyczących ryzyka kursowego tych walut.

Artykuł 4. Obliczanie Ceny Netto Jednostki

1. Cena Netto Jednostki poszczególnych typów dla każdego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest obliczana w dniu wyceny jednostki. Dniem wyceny jednostki jest każdy dzień roboczy Towarzystwa.
2. Cena Netto Jednostki danego typu w dniu, w którym nastąpiło pierwsze zbycie tejże jednostki, będzie równa łącznej wartości aktywów netto funduszu (sumie aktywów netto przypadających na wszystkie typy jednostek funduszu) podzielonej przez łączną liczbę jednostek funduszu (sumę jednostek wszystkich typów), które były podstawą poprzedniej wyceny jednostek.
3. Cena jednostki danego typu jest równa wartości aktywów netto ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, przypadających na dany typ jednostki w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki, podzielonej przez liczbę jednostek danego typu tego funduszu, w ostatnim dniu roboczym poprzedzającym dzień wyceny jednostki.
Wartość aktywów każdego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest wyliczana zgodnie z artykułem 2 niniejszego Regulaminu.
4. Dniem utworzenia ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych był dzień 1.06.2001 roku. Cena Netto Jednostki dla każdego funduszu na dzień, o którym mowa powyżej, została ustalona następująco, przy czym podane niżej ceny dotyczą jednostek typu podstawowego:
UFK OBLIGACYJNY – 10,00 złotych,
UFK STABILNEGO WZROSTU – 10,00 złotych,
UFK DYNAMICZNY – 10,00 złotych.



Lukasz Kalinowski
Prezes Zarządu Towarzystwa

Artykuł 5. Koszty Ubezpieczeniowego Funduszu Kapitałowego

1. Opłaty za zarządzanie
Towarzystwo będzie pobierać z tytułu zarządzania funduszami opłaty w skali rocznej od wartości aktywów poszczególnych funduszy, przypadających na dany typ jednostki w wysokości określonej w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
Opłata za zarządzanie naliczana jest w każdym dniu wyceny, odrębnie dla każdego funduszu i typu jednostki, od wartości aktywów netto tego funduszu przypadających na dany typ jednostki, która była podstawą poprzedniej wyceny jednostki.
Opłata za zarządzanie jest określona w Szczegółowej Umowie Ubezpieczenia.
2. Pozostałe koszty związane z inwestowaniem
Z aktywów funduszu pokrywane są w szczególności opłaty związane z przechowywaniem i lokowaniem aktywów funduszu pobierane przez banki i podmioty prowadzące działalność maklerską, odsetki od zaciągniętych przez fundusz kredytów i pożyczek oraz podatki i opłaty wynikające z przepisów prawa.

Artykuł 6. Podział zysku

Dochody osiągnięte w wyniku dokonanych inwestycji, po zapłaceniu należnych podatków, powiększają wartość aktywów każdego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, jak również zwiększają wartość jednostek.

Artykuł 7. Likwidacja funduszu

Ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy może ulec rozwiązaniu. Rozwiązanie funduszu następuje po przeprowadzeniu likwidacji. Od dnia rozpoczęcia likwidacji fundusz zaprzestaje zbywania jednostek ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych. Towarzystwo w terminie 90 dni przed dniem likwidacji funduszu powiadomi o tym Ubezpieczającego. Jeżeli Ubezpieczeni, którzy posiadają środki w likwidowanym funduszu, nie dokonają jego zmiany na inny fundusz przed dniem jego likwidacji, Towarzystwo przekaże środki do innego ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, w który lokowane są składki wpłacane z tytułu umów ubezpieczenia, o czym Towarzystwo powiadomi Ubezpieczającego.

Warszawa, dnia 15 maja 2014 roku



Iwona Ochocka
Członek Zarządu Towarzystwa

MetLife TUnŻiR S.A. jest spółką z grupy MetLife, Inc.

MetLife Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie i Reasekuracji Spółka Akcyjna,
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa, zarejestrowane przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy, XII Wydział
Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, pod nr KRS 0000028131; NIP 526-030-50-06; wysokość kapitału
zakładowego: 21.490.000,00 złotych, wpłacony w całości, działające na podstawie zezwolenia Ministra Finansów
z dnia 30 października 1990 roku. MetLife TUnŻiR S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

Telefoniczne Centrum Informacji: czynne od pn. do pt. w godz. 8.00-18.00, tel. +48 22 523 50 70
© MetLife TUnŻiR S.A., 2014 PEANUTS © 2014 Peanuts Worldwide

MetLife®

MetLife TUnŻiR S.A.
ul. Przemysłowa 26, 00-450 Warszawa
e-mail: lifefinfo@metlife.pl
www.metlife.pl