

KARTA PRODUKTU GRUPOWEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

Niniejsza karta produktu nie stanowi integralnej części umowy ubezpieczenia. Zawiera ona podstawowe informacje dotyczące umowy ubezpieczenia. Pełne informacje dotyczące tej umowy w szczególności informacje dotyczące wyłączeń odpowiedzialności oraz ryzyka inwestycyjnego znajdują się w ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („OWU”), regulaminie ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych („Regulamin UFK”), stanowiącym załącznik do OWU oraz umowie zakładowej. OWU oraz kopia umowy zakładowej dostępne są u pracodawcy prowadzącego pracowniczy program emerytalny („PPE”).

I. CEL PRODUKTU

Grupowe ubezpieczenie na życie z UFK jest formą pracowniczego programu emerytalnego (PPE), którego celem jest:

- gromadzenie przez ubezpieczonego środków przeznaczonych do wypłaty w terminach wskazanych w pkt III poniżej,
- zapewnienie w określonym w OWU okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej na wypadek śmierci ubezpieczonego.

II. CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU I ZAKRES UBEZPIECZENIA

Uczestnictwo w PPE ma charakter dobrowolny. Ubezpieczony, który przystąpił do programu, może w każdym czasie wypowiedzieć udział w tym programie z zachowaniem przewidzianego w umowie zakładowej terminu wypowiedzenia. Składka podstawowa w wysokości określonej w umowie zakładowej opłacana jest przez pracodawcę. Ponadto, ubezpieczeni mogą zadeklarować (dobrowolnie) uiszczenie tzw. składki dodatkowej, która potrącana jest przez pracodawcę z wynagrodzenia ubezpieczonego i przekazywana ubezpieczycielowi. Składka podstawowa, po potrąceniu z niej opłaty na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej oraz składka dodatkowa inwestowane są przez ubezpieczyciela w ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe wskazane w pkt VI poniżej.

Zakresem ubezpieczenia objęte są:

- śmierć ubezpieczonego w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- zaistnienie okoliczności umożliwiających dokonanie wypłaty.

III. WYKAZ I OPIS ŚWIADCZEŃ

Wypłata

Ubezpieczony może uzyskać dostęp do zgromadzonych środków (Wypłata) tylko po spełnieniu następujących warunków:

- 1) po złożeniu wniosku i osiągnięciu wieku 60 lat,
- 2) po złożeniu wniosku, nabyciu praw do emerytury i osiągnięciu wieku 55 lat,
- 3) bez złożenia wniosku, jeżeli ubezpieczony ukończył 70 lat i nie jest zatrudniony u pracodawcy prowadzącego PPE.

W przypadku śmierci ubezpieczonego Wypłata może dokonać wskazana przez niego osoba uprawniona.

Wypłata transferowa

Ubezpieczonemu przysługuje także prawo do przeniesienia zgromadzonych środków (Wypłata transferowa) do innego PPE lub na indywidualne konto emerytalnego (IKE). Jednak może to nastąpić jedynie w przypadku:

- 1) ustania zatrudnienia ubezpieczonego u pracodawcy prowadzącego program,
- 2) likwidacji programu.

W przypadku śmierci ubezpieczonego Wypłaty transferowej może dokonać wskazana przez niego osoba uprawniona.

Zwrot

W przypadku likwidacji programu i braku wskazania przez ubezpieczonego rachunku bankowego do Wyплаты transferowej w określonym w umowie zakładowej terminie, zwrot zgromadzonych środków zostanie zrealizowany na rachunek bankowy ubezpieczonego.

Wyплата sumy ubezpieczenia

W przypadku śmierci ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaci uposażonemu sumę ubezpieczenia. Z zastrzeżeniem zdania następnego wysokość sumy ubezpieczenia ustala się w każdym miesiącu kalendarzowym jako iloczyn mnożnika oraz dotyczącej danego ubezpieczonego składki podstawowej należnej w miesiącu kalendarzowym poprzedzającym dany miesiąc.

W przypadku nieprzekazania przez pracodawcę składki podstawowej, suma ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, za który nie została przekazana taka składka jest równa iloczynowi mnożnika oraz składki podstawowej należnej za miesiąc kalendarzowy poprzedzający ostatni miesiąc kalendarzowy, za który została pobrana opłata na pokrycie ochrony ubezpieczeniowej.

Wysokość mnożnika jest stała i została wskazana w umowie zakładowej.

IV. WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI

Ubezpieczyciel nie wypłaci sumy ubezpieczenia (dokona wyłącznie wypłaty środków zgromadzonych) jeśli śmierć ubezpieczonego jest następstwem:

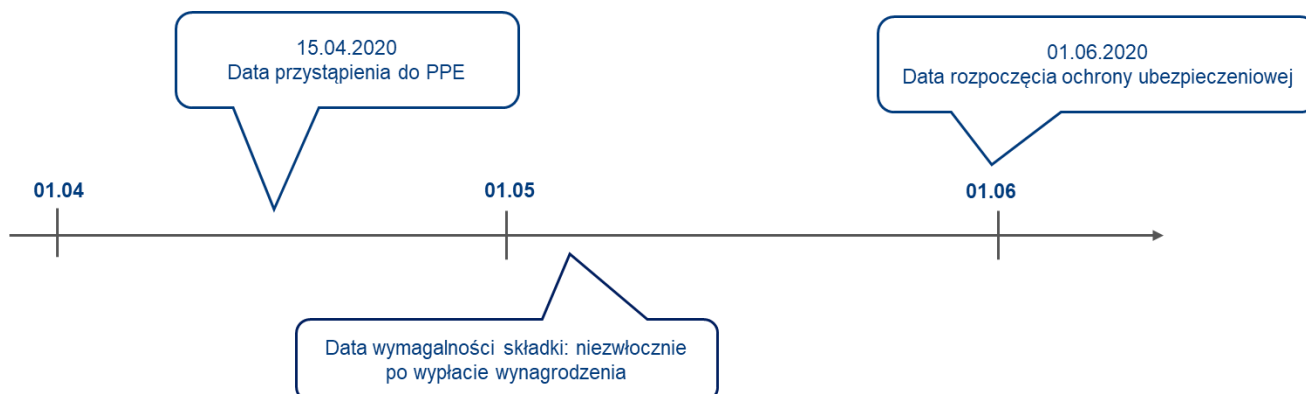
- 1) samobójstwa popełnionego przez ubezpieczonego w okresie 2 lat od początku odpowiedzialności w stosunku do tego ubezpieczonego,
- 2) działań wojennych, czynnego udziału ubezpieczonego w aktach terroryzmu, zamieszkach lub rozruchach społecznych,
- 3) popełnienia lub usiłowania popełnienia przez ubezpieczonego czynu wypełniającego ustawowe znamiona umyślnego przestępstwa.

V. OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym stała się wymagalna pierwsza składka za danego ubezpieczonego, o ile łącznie zostały spełnione poniższe warunki:

- 1) ubezpieczycielowi została przekazana pierwsza składka za danego ubezpieczonego,
- 2) ubezpieczony oświadczył w deklaracji przystąpienia, że chce skorzystać z zastrzeżenia na jego rzecz ochrony ubezpieczeniowej na warunkach określonych w umowie ubezpieczenia, w tym wyraził zgodę na wysokość sumy ubezpieczenia (warunek dotyczy osób nowo przystępujących do PPE).

Przykład:

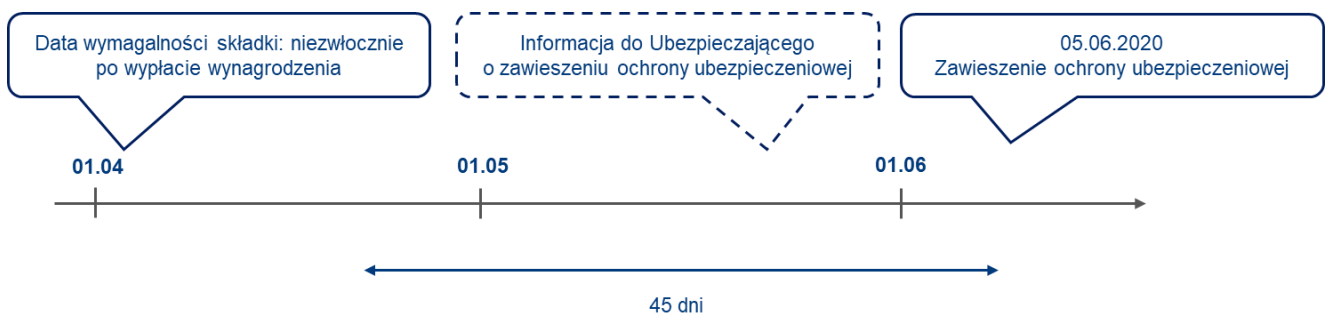


2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci w stosunku do poszczególnych ubezpieczonych kończy się:

- 1) w przypadku wypowiedzenia przez ubezpieczonego udziału w programie - z upływem ostatniego dnia okresu, za który została pobrana opłata na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej,
- 2) w dniu śmierci ubezpieczonego,
- 3) z dniem odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia,

- 4) z upływem ostatniego dnia okresu wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 5) w przypadku zaprzestania naliczania wynagrodzenia za danego ubezpieczonego (np. w przypadku ustania stosunku pracy łączącego ubezpieczającego i ubezpieczonego) – upływem ostatniego dnia okresu, za który została pobrana opłata na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej;
 - 6) w dniu wyceny, w którym ustalono kwotę wypłaty jednorazowej lub pierwszej raty wypłaty ratalnej, wypłaty transferowej lub zwrotu.
3. W przypadku nieterminowego przekazania przez ubezpieczającego składki podstawowej ochrona ubezpieczeniowa w stosunku do ubezpieczonego, za którego nie została przekazana składka ulega zawieszeniu po upływie 45 dni od 20 dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który przysługiwałoby wynagrodzenie, od którego nie została odprowadzona składka, lecz nie wcześniej niż po upływie 45 dni od dnia wymagalności tej składki, o ile ubezpieczyciel przed dniem ustania ochrony ubezpieczeniowej przekaże ubezpieczającemu informację o fakcie jej zawieszenia.

Przykład:



4. W przypadku przekazania składki podstawowej po zawieszeniu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 3 lub po jej wygaśnięciu z przyczyn określonych w ust. 2 pkt 5) ochrona ubezpieczeniowa zostanie wznowiona na zasadach określonych w umowie zakładowej.

VI. WYKAZ UBEZPIECZENIOWYCH FUNDUSZY KAPITAŁOWYCH (UFK) i PROFIL RYZYKA

1. Zgromadzone składki inwestowane są w następujące ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe:

Nazwa funduszu	W co inwestowane są głównie środki	Profil ryzyka
1) Fundusz ostrożnego lokowania	Krótkoterminowe dłużne papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa i NBP oraz dłużne papiery wartościowe innych emitentów.	Niski
2) Fundusz obligacji	Średnio i długoterminowe dłużne papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa i NBP oraz dłużne papiery wartościowe innych emitentów.	Umiarkowany
3) Fundusz akcji	Akcje notowane na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie i na giełdach zagranicznych.	Wysoki

2. Ubezpieczyciel oferuje dwa modele inwestowania składek:
 - 1) model rekomendowany, w którym podział składki pomiędzy poszczególne fundusze dostosowany jest do wieku ubezpieczonego,
 - 2) model indywidualny w ramach, którego dostępne są dwa sposoby inwestowania:
 - a) indywidualna decyzja inwestycyjna w oparciu o dostępne fundusze,
 - b) indywidualny wg rekomendowanej alokacji dla wybranego przez ubezpieczonego wieku.
3. Składki inwestowane są w ramach modelu rekomendowanego, chyba że ubezpieczony dokona wyboru modelu indywidualnego.

VII. REKOMENDOWANY MINIMALNY OKRES GROMADZENIA ŚRODKÓW

Ubezpieczyciel rekomenduje, by gromadzenie środków w ramach umowy ubezpieczenia trwało do terminu wypłaty określonego w ustawie o pracowniczych programach emerytalnych i OWU.

Podejmując decyzję o inwestowaniu środków w ramach modelu indywidualnego i dokonując własnych wskazań funduszy należy wziąć pod uwagę poniższe rekomendacje dla funduszy:

- Fundusz ostrożnego lokowania przeznaczony jest dla osób, które rozważają inwestowanie w krótkim lub średnim okresie i oczekują stabilnych zysków porównywalnych do zysków z depozytów bankowych,
- Fundusz obligacji przeznaczony jest dla osób, które zamierzają inwestować w fundusz przez okres co najmniej 3 lat, akceptując poziom ryzyka inwestycyjnego związany z inwestowaniem w instrumenty finansowe wymienione w części VI. ust. 1 pkt 2) niniejszej karty i liczą się z możliwością nieznacznych wahań wartości jednostki UFK w krótkim terminie,
- Fundusz akcji może nie być odpowiedni dla osób zamierzających dokonać konwersji lub wypłaty w ciągu 5 lat.

VIII. OPŁATY POBIERANE PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

Z każdej składki podstawowej pobierana jest opłata na pokrycie kosztów ochrony ubezpieczeniowej w wysokości 1 % tej składki.

Ubezpieczyciel pobiera z aktywów funduszu wyłącznie następujące koszty i opłaty:

- 1) opłata za zarządzanie w wysokości nie wyższej niż:

Nazwa funduszu	Opłata
Fundusz ostrożnego lokowania	0,4%
Fundusz obligacji	0,5%
Fundusz akcji	0,6%

- wartości aktywów netto funduszu w skali roku,

- 2) prowizje i opłaty na rzecz firm inwestycyjnych lub banków, z których fundusz korzysta, zawierając transakcje w ramach lokowania aktywów funduszu,
- 3) prowizje i opłaty związane z umowami i transakcjami funduszu, zawieranymi w ramach lokowania aktywów funduszu,
- 4) prowizje i opłaty związane z przechowywaniem aktywów funduszu,
- 5) prowizje i opłaty na rzecz instytucji depozytowych i rozliczeniowych, z których usług fundusz korzysta w ramach lokowania aktywów funduszu,
- 6) podatki i opłaty, wymagane w związku z działalnością funduszu zdefiniowanej daty, w tym opłaty za zezwolenia, jeżeli obowiązek ich poniesienia wynika z przepisów prawa,
- 7) ogłoszeń wymaganych w związku z działalnością funduszu postanowieniami regulaminu lub przepisami prawa.

IX. INFORMACJE O RYZYKU INWESTYCYJNYM

Inwestowanie w Fundusze obarczone jest ryzykiem inwestycyjnym polegającym na możliwości utraty części lub całości zainwestowanych środków. Ryzyko to ponosi ubezpieczony.

X. SKARGI I REKLAMACJE

1. Ubezpieczającemu, ubezpieczonemu, uposażonemu i uprawnionemu z umowy ubezpieczenia przysługuje prawo składania reklamacji, a także wnoszenia skarg i zażaleń.
2. Reklamacja może zostać złożona ubezpieczycielowi w następujący sposób:
 - 1) ustnie – telefonicznie pod nr telefonu (22) 230 23 03 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo osobiście podczas wizyty u ubezpieczyciela,
 - 2) w formie elektronicznej na adres email: reklamacje@polskigaztuw.pl,
 - 3) na piśmie - osobiście podczas wizyty u ubezpieczyciela, bądź przesyłką pocztową na adres Polski Gaz Towarzystwo Ubezpieczeń Wzajemnych na Życie, ul. Marcina Kasprzaka 25, 01-224 Warszawa, bądź też na adres do doręczeń elektronicznych, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy o doręczeniach elektronicznych wpisany do bazy adresów elektronicznych, o której mowa w art. 25 tej ustawy, w tym ostatnim przypadku po wpisaniu adresu ubezpieczyciela do doręczeń elektronicznych do tej bazy.
3. W zależności od tego, czego dotyczy reklamacja, jest ona rozpatrywana przez dyrektora biura odpowiedzialnego za obszar objęty reklamacją albo przez członka zarządu ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi na reklamację:
 - 1) jeśli składający reklamację jest osobą fizyczną – na piśmie; odpowiedź może zostać dostarczona pocztą elektroniczną wyłącznie na wniosek tej osoby;
 - 2) jeżeli składający reklamację jest osobą prawną lub spółką nieposiadającą osobowości prawnej - w postaci papierowej lub na innym trwałym nośniku.

5. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację i udzieli na nią odpowiedzi, bez zbędnej zwłoki, jednak nie później niż w terminie trzydziestu dni od dnia otrzymania reklamacji, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W szczególnie skomplikowanych przypadkach, uniemożliwiających rozpatrzenie reklamacji i udzielenie odpowiedzi w terminie, o którym mowa w ust. 5, ubezpieczyciel przekaze osobie, która złożyła reklamację, informację, w której:
 - 1) wyjaśni przyczynę opóźnienia,
 - 2) wskaże okoliczności, które muszą zostać ustalone dla rozpatrzenia sprawy,
 - 3) określi przewidywany termin rozpatrzenia reklamacji i udzielenia odpowiedzi, który nie może przekroczyć sześćdziesięciu dni od dnia otrzymania reklamacji.
7. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, a sprawa jest tej natury, że droga sądowa jest dopuszczalna, może ona wystąpić do sądu powszechnego z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi według właściwości określonej odrębnie.
8. Jeżeli osoba składająca reklamację nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, a sprawa jest tej natury, że zgodnie z Regulaminem Sądu Polubownego przy Komisji Nadzoru Finansowego ten Sąd nie jest sądem niewłaściwym do jej rozstrzygnięcia, może ona wystąpić do tegoż Sądu (ul. Piękna 20, 00-549 Warszawa, <https://www.knf.gov.pl>) o rozpoznanie sprawy w postępowaniu mediacyjnym lub arbitrażowym, przy czym takie uprawnienie przysługuje wyłącznie osobie fizycznej.
9. Skargi i zażalenia mogą być składane ubezpieczycielowi w dowolny sposób. Postanowienia ust. 3 – 8 stosuje się także do rozpatrywania skargi i zażaleń.
10. Jeżeli osoba składająca reklamację, z której wynika roszczenie, nie zgadza się ze stanowiskiem ubezpieczyciela wyrażonym w odpowiedzi na reklamację, może również wystąpić o rozpatrzenie sprawy do Rzecznika Finansowego (Al. Jerozolimskie 87, 02-001 Warszawa, <https://www.rf.gov.pl>) przy czym takie uprawnienie przysługuje wyłącznie osobie fizycznej.
11. Spór między osobą fizyczną a ubezpieczycielem może być zakończony w postępowaniu przed Rzecznikiem Finansowym w drodze pozasądowego postępowania w sprawie rozwiązywania sporów między klientem a podmiotem rynku finansowego.

XI. PRZEPISY REGULUJĄCE OPODATKOWANIE ŚWIADCZEŃ

Opodatkowanie świadczeń ubezpieczyciela w przypadku osób fizycznych regulują przepisy ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych, a w przypadku osób prawnych oraz innych podatników podatku dochodowego od osób prawnych - przepisy ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych.

Z uwagi na treść art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej ubezpieczyciel nie będzie przekazywał ubezpieczonemu oceny odpowiedzialności ubezpieczenia do jego potrzeb.