

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

| | |
|--|----|
| I. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA | 3 |
| 1. Postanowienia ogólne | 3 |
| II. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA „WARIANT 1” | 4 |
| 1. Definicje | 4 |
| 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia | 4 |
| 3. Suma ubezpieczenia..... | 5 |
| 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia | 5 |
| 5. Składka | 6 |
| 6. Indeksacja | 7 |
| 7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela | 8 |
| 8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia | 8 |
| 9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela | 9 |
| 10. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela | 9 |
| 11. Postanowienia końcowe | 11 |
| III. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA „WARIANT 2” | 13 |
| 1. Definicje | 13 |
| 2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia | 15 |
| 3. Suma ubezpieczenia..... | 17 |
| 4. Zawarcie umowy ubezpieczenia | 17 |
| 5. Składka | 18 |
| 6. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela | 19 |
| 7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia | 20 |
| 8. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela | 20 |
| 9. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela | 21 |
| 10. Postępowanie w razie wypadku ubezpieczeniowego | 24 |
| 11. Postanowienia końcowe | 24 |
| IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku | 26 |
| V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania | 29 |
| VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku | 33 |
| VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego | 38 |
| VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne | 41 |
| IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego | 47 |
| X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego | 52 |
| XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem | 56 |
| XII. Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia | 63 |
| XIII. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA | 69 |
| XIV. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA | 71 |
| XV. Katalog operacji WARTA | 75 |

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi, którzy występują z grupowego ubezpieczenia na życie zawartego z ubezpieczycielem.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **Wariant ubezpieczenia** – jeden z dwóch WARIANTÓW umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie OWU,
 - 2) **siedziba ubezpieczyciela** – siedzibę centrali TUnŻ „WARTA” S.A. w Warszawie.
3. Osoby o których mowa w ust. 1 mogą występować o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na warunkach określonych w Warunkach Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA Wariant 1 lub Wariant 2, w zależności od wariantu kontynuacji wynikającego z zakresu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej na rzecz danego ubezpieczonego, według stanu na pierwszy dzień miesiąca, w którym następuje wystąpienie ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego na życie z zastrzeżeniem postanowień § 23 ust. 2 i 3 Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA „Wariant 1”.
4. Ubezpieczający w ramach niniejszego ubezpieczenia może otrzymać świadczenie przewidziane w Warunkach Ubezpieczenia w Wariantcie 1 albo w Wariantcie 2.

§ 2

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA „WARIANT 1”

DEFINICJE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia (zwanymi dalej „WU Wariant 1”) mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawieranych z ubezpieczającymi na zasadach określonych przez Wariant 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia indywidualnego, która była objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 7) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela,
 - 8) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 9) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 10) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 11) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 12) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
 - 13) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w WU Wariant 1,
 - 14) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący kalendarzowych lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych

umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego lub życie małżonka ubezpieczonego.

2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz w zakresie operacji ubezpieczonego łącznie na zasadach pakietu.
5. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach dodatkowych ryzyk określają Ogólne Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiące załączniki do OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia podlega indeksacji na zasadach określonych w § 6 WU Wariant 1.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 80 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, okres na jaki zawierana jest umowa nie może być krótszy niż okres ograniczenia wypłaty, o którym mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia z funduszem.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 75 lat.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 1 podpisanego przez ubezpieczającego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, doręczonego ubezpieczycielowi w okresie nie przekraczającym 3 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie.
5. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o którym mowa w ust. 4 pod warunkiem, że wystąpienie z ubezpieczenia grupowego następuje w związku z:
 - 1) odbywaniem przez ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - 3) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie bezpłatnym,
 - 4) przebywaniem ubezpieczonego w delegacji służbowej,
 - 5) rozwiązaniem z ubezpieczonym umowy o pracę,
 - 6) rozwiązaniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
6. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 1 dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 1.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 1 został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku,

względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.

9. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 WU Wariant 1, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego.
11. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem iż odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej nie może rozpocząć się wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygaśa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie.
12. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
13. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
6. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5, w wysokości odsetek ustawowych.

7. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego i małżonka ubezpieczonego (o ile została zawarta dodatkowa umowa zgonu małżonka ubezpieczonego), charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 WU Wariant 1, składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 7 ust. 1 WU Wariant 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.
2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 6 WU Wariant 1.

§ 8

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji,

- o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
 7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.
 8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez ubezpieczyciela.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia i nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 5 WU Wariant 1,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty doręczenia polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 12

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 6) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W okresie 2 lat, o których mowa w ust. 2, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 15 WU Wariant 1 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 18 ust. 3 WU Wariant 1.

§ 15

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

§ 16

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne

do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania

3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 18 ust. 3 WU Wariant 1 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony w formie pisemnej występuje o zmianę osoby uprawnionej.

5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt 1)-3).
4. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 21

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Warunkach.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 22

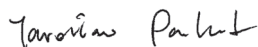
Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 23

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Niniejsze WU Wariant 1 stanowią również Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kontynuowanego w rozumieniu § 26 ust. 2 Nowoczesny Program Ubezpieczeń Grupowych, na podstawie których osoba występująca z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia była objęta ubezpieczeniem.
3. Na podstawie niniejszych WU Wariant 1 ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte także osoby, które wystąpiły z ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia z Funduszem „XXI-GRUPA” oraz Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „WARTA MIŚ”.
4. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Warunków właściwym jest prawo polskie.

§ 24

Niniejsze WU Wariant 1 zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA „WARIANT 2”

DEFINICJE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia (zwanymi dalej „WU Wariant 2”) mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawieranych z ubezpieczającymi na zasadach określonych przez Wariant 2, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia. W rozumieniu niniejszych Warunków może nim być również wdowa/wdowiec po ubezpieczonym.
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia indywidualnego, która była objęta odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem stanowiącą Załącznik do OWU,
 - 6) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela,
 - 7) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 8) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 10) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 11) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 12) **współubezpieczony** – małżonek, rodzic, rodzic małżonka lub dziecko ubezpieczonego,
 - 13) **rodzic ubezpieczonego** – naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyrna lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 14) **rodzic małżonka ubezpieczonego** – naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyrna lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli

nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyrna i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu małżonka ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica zmarłego małżonka, pod warunkiem że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,

- 15) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 16) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** – zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 17) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
- 18) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się dziecko martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 19) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
- 20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 21) **zawał serca** – zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris).,
- 22) **udar mózgu** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA).,
- 23) **karencja** – okres, w którym odpowiedzialność ubezpieczyciela jest ograniczona,
- 24) **urodzenie się dziecka ubezpieczonemu** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka,
- 25) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w WU Wariant 2,
- 26) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący

kalendarzowych lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,

- 27) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 28) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i współubezpieczonego i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyka, o których mowa w ust. 3.
3. Ubezpieczyciel, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia, wypłaca następujące świadczenia:

| Zdarzenia | Wysokość świadczenia określona w % sumy ubezpieczenia |
|--|--|
| 1) zgon ubezpieczonego, | 100% |
| 2) wypadek powodujący: a) zgon ubezpieczonego, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1), b) trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego: - za każdy 1% trwałego uszczerbku, - za 100% trwałego uszczerbku, | 100% 4%, 3%, 2% albo 1% 400%, 300%, 200% albo 100% |
| 3) zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1), | 100% |
| 4) zgon ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1), | 100% |
| 5) zgon współubezpieczonych: a) zgon małżonka ubezpieczonego, b) zgon dziecka, c) zgon noworodka, d) zgon rodziców lub zgon rodziców małżonka ubezpieczonego, | 100% 30% 20% 20% |
| 6) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu, | 10% |
| 7) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego; jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego, | 40% |
| 8) dzienne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek. | 0,5% |

4. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 w zakresie wskazanym w ust. 3, z zastrzeżeniem iż umowa ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, z tytułu których ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w pierwszym dniu miesiąca w którym wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 7, jeżeli kontynuowanie ma dotyczyć okresu:
 - 1) odbywania służby wojskowej,
 - 2) przebywania na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - 3) przebywania na urlopie bezpłatnym,
 - 4) delegacji służbowej.
5. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 1)-2) lit. a) i pkt 5)-7), z zastrzeżeniem iż umowa ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, z tytułu których ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w pierwszym dniu miesiąca, z upływem którego wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem postanowień ust 7 i 8:
 - 1) pod warunkiem, że składka za ubezpieczonego była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio przed ustaniem stosunku pracy. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się:
 - a) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. ubezpieczycielem, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty,
 - b) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty;
 - 2) bez względu na okres, za który została opłaconą składka za danego ubezpieczonego - jeżeli ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty, a zatrudnienie ustało wskutek przejścia ubezpieczonego na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, po zawarciu umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 3) bez względu na okres, za który została opłaconą składka za ubezpieczonego, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia grupowego została rozwiązana.
6. Z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 na warunkach, o których mowa w ust. 5 pkt 1) może również wystąpić wdowa/wdowiec po ubezpieczonym w ubezpieczeniu grupowym, który pracując u ubezpieczającego w ubezpieczeniu grupowym był objęty ochroną ubezpieczeniową nieprzerwanie przez okres przynajmniej 6 miesięcy. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się okresy opłacania składek za danego ubezpieczonego wskazane w ust. 5 pkt 1) lit. a) i b).
7. W umowie ubezpieczenia mają zastosowanie wysokości świadczeń określone w ust. 3 niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem iż w umowie ubezpieczenia mają zastosowanie maksymalne wysokości świadczenia z tytułu tego zdarzenia określone w umowie ubezpieczenia grupowego.
8. Jeżeli w umowie ubezpieczenia grupowego zastrzeżono, iż ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub/i ryzyko dzienne świadczenie

szpitalne w wyniku wypadku nie jest wyłączone z zakresu ochrony w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w Wariantcie 2 wówczas w takim przypadku nie mają zastosowania postanowienia ust. 5 wyłączające stosowanie ust. 3 pkt 2) lit. b) lub ust. 3 pkt 8) w ramach umowy ubezpieczenia.

9. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2) lit. b), określona jest w umowie ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 7.
10. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony o dodatkowe ryzyko poprzez zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego nie może być wyższa niż suma obowiązująca dla tego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w pierwszym dniu miesiąca, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie może stanowić wartości wyższej niż 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
3. Ubezpieczający oraz wdowiec/wdowa po ubezpieczonym - w rozumieniu umowy grupowego ubezpieczenia - mogą wystąpić z wnioskiem o obniżeniu sumy ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia, jednak do kwoty nie mniejszej niż 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych).
4. W przypadku gdy suma ubezpieczenia obowiązująca dla danego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w pierwszym dniu miesiąca, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie jest równa bądź niższa niż 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych) wówczas nie ma możliwości jej obniżenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, w okresie nie przekraczającym 3 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 w okresie poprzedzającym wystąpienie z ubezpieczenia grupowego.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest z dniem wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku wraz z potwierdzeniem płatności pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeśli spełniony został warunek, o którym mowa w ust. 1 z zastrzeżeniem warunków, o których mowa w § 2 ust. 4 - 6.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia

w Wariancie 2 dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.

7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2.
8. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem ust. 12.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Ubezpieczyciel, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 4 potwierdza zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, doręczając ubezpieczającemu polisę oraz informację dotyczącą trybu opłacania składek w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o zawarcie umowy w Wariancie 2.
12. W przypadku jeśli nie spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 4 i 9 nie dochodzi do zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia na życie, a wpłacona składka ubezpieczeniowa w terminie 30 dni od dnia wezwania ubezpieczającego do uzupełnienia wniosku zostaje zwrócona bez odsetek na wskazany we wniosku adres korespondencyjny bądź numer konta bankowego.
13. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego z zastrzeżeniem, iż w przypadku wyboru miesięcznej częstotliwości opłacania składek ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia pierwszej składki za 3 miesiące. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. W przypadku niezapłacenia pierwszej składki w terminie o którym mowa w ust. 3 i wysokości, o której mowa w ust. 1 odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonego z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem doręczenia do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na

- rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
7. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie.
 8. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 7, w wysokości odsetek ustawowych.
 9. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości, sumy ubezpieczenia i wysokości stawki stanowiącej podstawę do ustalania składki w ramach Wariantu 2 indywidualnej kontynuacji określonej w umowie grupowej.
 10. Składka nie podlega indeksacji.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia wpływu do ubezpieczyciela kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z potwierdzeniem płatności pierwszej składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela, nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasa ochrona ubezpieczeniowa z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki w wysokości, o której mowa w § 5 ust. 2, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w § 4 ust. 4, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność z tytułu danych ryzyk nie może rozpocząć się wcześniej niż po zakończeniu okresu karencji jaką objęte były te ryzyka z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2) lit b) WU Wariant 2, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 70 lat.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3) - 4) WU Wariant 2, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej - określonej powyżej - umowie ubezpieczenia.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 8) WU Wariant

- 2, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
9. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem w szpitalu wskutek wypadku zaistniałego po dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
 10. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu, przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 7 WU Wariant 2,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 1), z upływem okresu ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty doręczenia polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 9

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki proporcjonalnie, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela za skutki wypadków powstałe w wyniku:
 - 1) prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 2) wyczynowego lub rekreacyjnego uprawiania niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 3) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 4) przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 7) pełnienia przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,jest ograniczona do wypłaty świadczenia przewidzianego w § 2 ust. 3 pkt 1), 5) i 7) WU Wariant 2.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 1 i 2.
4. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela nie są objęte następujące zdarzenia, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego:
 - 1) choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle oraz wszelkie zawały, wylewy i udary,
 - 2) obrażenia ciała lub choroby stwierdzone lub leczone przed datą zawarcia umowy.
5. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. z zastrzeżeniem, iż w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 7 WU Wariant 2.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są:
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 15 ust. 3 WU Wariant 2 - w przypadku zgonu ubezpieczonego,

- 2) ubezpieczony - w przypadku zgonu współubezpieczonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek,
- 3) dziecko ubezpieczonego – w przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.

§ 12

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w maksymalnej wysokości 400% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, ustalony stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień (procent) trwałego uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Świadczenie z tytułu zgonu wskutek wypadku przysługuje, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
6. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub na skutek udaru mózgu przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty zajścia jednego z powyższych zdarzeń.
7. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
8. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 2 ust. 3 pkt 8) za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11.
9. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania umowy ubezpieczenia.
10. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji, gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości 50% świadczenia wskazanego w § 2 ust. 3 pkt 8).
11. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 13

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego, którego przyczyną jest wypadek osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć kartę leczenia szpitalnego.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. 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 lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 14

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 15 ust. 3 WU Wariant 2 nie mają zastosowania
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

4. Ubezpieczony w formie pisemnej występuje o zmianę osoby uprawnionej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dostarczeniu do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 15

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wskazanych w pkt 1) - 3).
4. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 16

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek

o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenie zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.

4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 19

W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych Warunkach.

§ 20

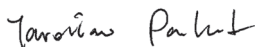
1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 21

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych Warunków właściwym jest prawo polskie.

§ 22

Niniejsze WU Wariant 2 zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanych dalej „OWU”) w Wariantcie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

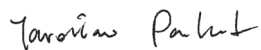
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Ubezpieczyciel udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli z medycznego punktu widzenia istnieje związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy wypadkiem a zgonem ubezpieczonego.
4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami, oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariantcie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, podpisany przez ubezpieczającego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, w której podaje wysokość nowej składki.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4.
3. Jeżeli w rocznicę polisy, w której przedłużeniu ulec ma dodatkowa umowa ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
6. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
7. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.
2. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko. W tym przypadku odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie pierwszych 6 miesięcy,

licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do tych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.

3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - 2) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u ubezpieczonego (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
5. Okres 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub wysokości procentu świadczenia w stosunku do wysokości określonych w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania, które wystąpiło u ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w umowie grupowego ubezpieczenia na życie.
3. W przypadku przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia procent, o którym mowa w ust. 1, nie może ulec zmianie.
4. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej na podstawie kompletnego wniosku, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.


8. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
9. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 6) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust. 10,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
10. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 9 pkt 6) nie mają zastosowania.
11. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 14 OWU.
12. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 5, jest ubezpieczony.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 4) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi, z zastrzeżeniem ust. 2:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy nie została zawarta dodatkowa umowa powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
8. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

7. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

| ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ | | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia | |
|--|--|--|------|
| | | prawe | lewe |
| Lp. | | | |
| 1. | Utrata obu przedramion | 100 | |
| 2. | Utrata obu ramion | 100 | |
| 3. | Utrata obu ud | 100 | |
| 4. | Utrata obu podudzi | 100 | |
| 5. | Utrata jednego ramienia i jednego uda | 100 | |
| 6. | Utrata jednego ramienia i jednego podudzia | 100 | |
| 7. | Utrata jednego przedramienia i jednego uda | 100 | |
| 8. | Utrata jednego przedramienia i jednego podudzia | 100 | |
| 9. | Utrata jednej dłoni i jednej stopy | 100 | |
| 10. | Utrata wzroku w obu oczach | 100 | |
| 11. | Utrata słuchu | 100 | |
| 12. | Utrata mowy całkowita | 100 | |
| Kończyny górne: | | | |
| 1. | Utrata jednego ramienia | 70 | 65 |
| 2. | Utrata jednego przedramienia | 60 | 50 |
| 3. | Utrata jednej dłoni lub utrata części śródreęcza | 55 | 50 |
| 4. | Utrata wszystkich palców u ręki | 50 | 45 |
| 5. | Utrata kciuka i palca wskazującego | 35 | 25 |
| 6. | Utrata kciuka i palca innego niż wskazujący | 25 | 20 |
| 7. | Utrata kciuka | 20 | 15 |
| 8. | Utrata palca wskazującego | 15 | 10 |
| 9. | Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący | 5 | 5 |
| Kończyny dolne: | | | |
| 1. | Utrata jednej nogi powyżej kolana | 60 | |
| 2. | Utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana | 50 | |
| 3. | Utrata całej stopy lub części śródstopia | 40 | |
| 4. | Utrata wszystkich palców u stopy | 30 | |
| 5. | Utrata czterech palców (łącznie z paluchem) | 20 | |
| 6. | Utrata palucha | 5 | |

| ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ | | Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia | |
|--|---|--|------|
| | | prawe | lewe |
| 7. | Utrata palca innego niż paluch | 2 | |
| Głowa: | | | |
| 1. | Utrata szczęki dolnej | 50 | |
| 2. | Utrata wzroku w jednym oku | 40 | |
| 3. | Utrata słuchu w jednym uchu | 30 | |
| 4. | Utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa) | 30 | |

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - 3) dłoń – palce i śródręcze,
 - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - 6) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę i usiłowaniu popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) chorobami psychicznymi, nerwicami, oraz leczeniem uzależnień,
 - 5) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 7) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 8) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 9) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 10) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,

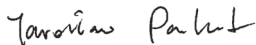
- 11) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyliczając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 12) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **małżonek ubezpieczonego** – osobą pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, wskazaną na wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia, która w dniu zgonu również pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zgonu małżonka ubezpieczonego, podpisany przez ubezpieczającego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym małżonek ubezpieczonego ukończy 80 rok życia.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapfaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy:
 - 1) nie później niż w następną rocznicę polisy przypadającą po dniu 80 urodzin małżonka ubezpieczonego,
 - 2) z dniem zgonu małżonka ubezpieczonego,
 - 3) z dniem rozwiązania związku małżeńskiego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia strony umowy mogą określić kwotę stanowiącą górną granicę odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu danego ryzyka.

§ 7

1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się małżonka ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 - 6) chorób psychicznych, nerwic oraz lecień uzależnień,
 - 7) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres optacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. zawierającej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka.

§ 8

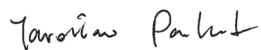
Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariantcie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach określonych w § 10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 10) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru wysokości świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, przewidzianej w jednym z niżej wymienionych wariantów, na zasadach określonych w § 12:

- 1) Wariant I,
- 2) Wariant II.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku:
 - 1) gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, oraz
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie dodatkowej umowy na wypadek operacji ubezpieczonego. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się

w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a kończącego się po tym okresie.
3. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dziennego świadczenia szpitalnego, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu, przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.
5. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel wypłaci oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dzienne świadczenie rehabilitacyjne; dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dzienne świadczenie rehabilitacyjne.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 11

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z poniższej tabeli, z zastrzeżeniem postanowień określonych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia:

| Lp. | Nazwa świadczenia | Stawka dziennego świadczenia w % kwoty bazowej | |
|-----|---|--|------------|
| | | Wariant I | Wariant II |
| 1. | Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba | 0,5 | 1 |
| 2. | Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek | 1 | 2 |
| 3. | Świadczenie rehabilitacyjne | 0,25 | 0,5 |
| 4. | Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM | 1,25 | 2,5 |

3. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, połogiem, powikłaniami ciąży, komplikacjami połogu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo - leczniczym,
- 17) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).


3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 2) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek,
- 3) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 4) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszego załącznika nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 5) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **katalog operacji** – „Katalog Operacji WARTA EKSTRAKONTYNUACJA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 7) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków,
- 10) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 11) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku:

- 1) gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, oraz
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym, po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie umowy dodatkowej dziennego świadczenia szpitalnego. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku, gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji, której przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 5, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu operacji, której przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu operacji, której przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego
4. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 1, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
5. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
7. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem na ich rzecz dodatkowej umowy ubezpieczenia, objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującą w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej określonej powyżej - umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków i operacji w związku z chorobami nowotworowymi,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,

- 4) ciążą, porodem, połogiem, powikłaniami ciąży, komplikacjami połogu, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleceniem lub okaleceniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 17) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciała obcych i inne),
 - 18) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyтови w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,

- 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
- 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.
9. W przypadku operacji, której charakter schorzenia, zastosowana metoda leczenia, zakres interwencji chirurgicznej i stopień jej trudności, zgodnie z wiedzą medyczną, uzasadnia zastosowanie innego poziomu trudności operacji ubezpieczyciel ustala poziom trudności inny niż ten wskazany w katalogu operacji, w oparciu o ww. wymienione czynniki.

§ 10


1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanych dalej „OWU”) w Wariancie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 5) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy nie została zawarta dodatkowa umowa powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia, może być zawarta wyłącznie w przypadku gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie skończył 65 lat.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 65 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa

w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.

5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy po dniu ukończenia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.

§ 7

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala się w oparciu o „TABELĘ NORM oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu” ubezpieczyciela dostępną do wglądu w placówce ubezpieczyciela lub na stronie internetowej ubezpieczyciela.
3. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, który może być złożony na

formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 5) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustalany jest po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie

daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 10

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

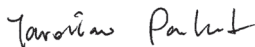
- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (zwanych dalej „OWU”) to jest Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Kontynuowania Ubezpieczenia na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA w Wariancie 1 lub Wariancie 2, o których mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **składka regularna** – składkę wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej ustalona przez ubezpieczyciela i określona w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust. 3,
- 4) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 5) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **okres ograniczenia wypłaty** – okres, w trakcie którego jest ograniczona wypłata z indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” danego ubezpieczonego:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz danego ubezpieczonego zawarta została umowa grupowego ubezpieczenia na życie lub
 - b) okres, po upływie którego ubezpieczony osiągnie 60 rok życia, w zależności od postanowień umowy grupowego ubezpieczenia na życie,
- 8) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 9) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 10) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku ubezpieczającego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, lub

- 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka regularna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka regularna opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w Wariancie 1 podlega indeksacji
4. Poziom indeksacji składki regularnej ustalany jest w oparciu o wskaźnik indeksacji.
5. Dokonanie indeksacji składki regularnej możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Indeksacja dotycząca dodatkowej umowy ubezpieczenia może być ustalana przez ubezpieczającego na poziomie wyższym od wskaźnika indeksacji.

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą składki regularne i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek regularnych i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne i doraźne.
5. W ramach Funduszu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C1” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte w wyniku transferu, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 3),
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D1” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne oraz nabyte w wyniku transferu, o którym mowa w § 7 ust. 3 pkt 4).

§ 6

1. Składki regularne oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel

lokuje składki w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w równych częściach w 5 pierwszych funduszy wymienionych w Zasadach Działania Funduszy stanowiących załącznik do OWU.

3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach.
4. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat.
5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z tabelą opłat, o której mowa w § 13 ust. 3, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu, w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust. 3.
9. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust. 3.

§ 7

1. Środki Funduszu lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu:
 - 1) wpłat składek regularnych i składek doraźnych, z zastrzeżeniem § 8 ust. 7,
 - 2) przychodów z lokat środków Funduszu,
 - 3) wpłaty środków wynikających z transferu wszystkich jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta danego ubezpieczonego utworzonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, które podlegały ograniczeniu wypłaty na zasadach określonych w § 2 pkt 7), na jego indywidualne konto inwestycyjne „C1”.
 - 4) wpłaty środków wynikających z transferu wszystkich jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta „D” danego ubezpieczonego utworzonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie (tj. konta, na którym ewidencjonowane są składki inwestycyjne płacone przez ubezpieczonego), na jego indywidualne konto inwestycyjne „D1”.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie § 10 - 12 niniejszych Warunków;
 - 2) opłaty pobierane zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.

5. Wpłaty, o których mowa w ust. 3 pkt 3) i 4), przeliczane są w dniu, w którym ubezpieczony stał się uczestnikiem Funduszu, jednak nie wcześniej niż po wpłynięciu środków z tytułu wpłaty składki regularnej na rachunek ubezpieczyciela.
6. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.

§ 8

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa.
3. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
4. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez ubezpieczyciela w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
5. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
6. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok, w terminie do 30 dni licząc od rocznicy polisy.
7. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu:
 - 1) składki regularnej na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak nie wcześniej niż w następnym dniu, po dniu należności składki regularnej, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, po potrąceniu opłaty administracyjnej w wysokości 2% składki regularnej,
 - 2) składki doraźnej na rachunek ubezpieczyciela.
8. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
9. W przypadku nieprawidłowego określenia tytułu wpłaty, zakup jednostek następuje z dniem wyjaśnienia niezgodności.

§ 9

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w § 12,
 - 3) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 10

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych danego ubezpieczonego w przypadku:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
 - 2) zgonu ubezpieczonego przed końcem okresu ubezpieczenia.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu na wypłatę świadczenia, o którym mowa w OWU.
4. W przypadkach wymienionych w ust. 1 indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 pkt 1), jest ubezpieczony.

§ 11

1. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa:
 - 1) znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C1”, pod warunkiem że rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło po upływie okresu ograniczenia wypłaty. Jeżeli rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło przed upływem okresu ograniczenia wypłaty, wówczas środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C1” wypłacone zostaną na podstawie wniosku złożonego przez ubezpieczonego do ubezpieczyciela po upływie okresu ograniczenia wypłaty. Wniosek doręczony przed upływem okresu ograniczenia wypłaty jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wypłaty,
 - 2) znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D1”, bez względu na datę rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata kwoty, o której mowa w ust. 1, następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku.
3. Przy ustalaniu wartości jednostek uczestnictwa użytej do wyznaczenia wysokości wypłaty, o której mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 2.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę przez ubezpieczyciela, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 2.
5. Z dniem wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, indywidualne konta ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 12

1. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich lub części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, uprawnionym do dokonania wykupu jest ubezpieczony.

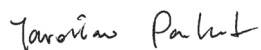
3. Wykup częściowy:
 - 1) indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” może być dokonany po upływie okresu ograniczenia wypłaty,
 - 2) indywidualnego konta inwestycyjnego „D1” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym odpowiednio „C1” lub „D1”.
4. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
5. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C1” i „D1” po dokonaniu wykupu częściowego, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela określona w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust. 3.
6. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu ograniczenia wypłaty.
7. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D1” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o wykup doręczonego do ubezpieczyciela przez ubezpieczonego, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela.
9. Przy ustalaniu wysokości wykupu całkowitego lub wysokości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku o wykup lub częściowy wykup.
10. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 8.
11. Przy dokonywaniu wykupu lub wypłaty, o której mowa w § 11, w ciągu pierwszych 5 lat trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, licząc od dnia jej zawarcia, ubezpieczyciel pobiera opłatę w wysokości 5% kwoty wykupu lub wypłaty w pierwszym roku, pomniejszaną corocznie o 1%.
12. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wszystkim jednostkom uczestnictwa znajdującym się na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C1” i „D1”, wówczas dane konta ulegają likwidacji, a dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela.

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Zasady działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.
3. Wysokość pozostałych opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w związku z dodatkową umową ubezpieczenia, nie uwzględnionych w niniejszych Warunkach, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU.
4. W przypadku zaległości w opłacie składek z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejsza wszelkie wypłaty dokonywane na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia o kwotę odpowiadającą wszystkim opłatom i kosztom, które byłyby naliczone od wartości niezapłaconych składek, gdyby ubezpieczający zapłacił je zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.

§ 14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczającego i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
3. Fundusze tworzone są z odpowiednio regularnych składek lub regularnych składek inwestycyjnych i odpowiednio doraźnych składek lub dodatkowych składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach której prowadzony jest Fundusz.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio regularne składki lub regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za regularne składki lub za regularne składki inwestycyjne i odpowiednio doraźne składki lub dodatkowe składki inwestycyjne.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie o likwidacji Funduszu, na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu poprzez nabycie jednostek uczestnictwa innego Funduszu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, o którym mowa powyżej.
9. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Funduszu ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu do innego Funduszu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Fundusz. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie

transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.

10. Z dniem likwidacji Funduszu w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu do Funduszu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informacyjnym o likwidacji Funduszu przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY

§ 3

1. Celem Funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpieczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0% do 50%,
 - 4) listy zastawne - od 0% do 30%,
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.

2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNY

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób następujący:

- a) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
 6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
 7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
 8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
 9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNY

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Stabilny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny.

3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Stabilny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Stabilny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNY

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Dynamiczny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Dynamiczny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w instrumenty dłużne, instrumenty rynku pieniężnego oraz w akcje. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: 75% wartości aktywów jest lokowanych w akcje, 25% w instrumenty dłużne i rynku pieniężnego, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 20% aktywów.
5. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Dynamiczny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Dynamiczny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, wskazaną w ust. 4.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: WARTA BEZPIECZNY, WARTA STABILNEGO WZROSTU I WARTA AKTYWNY

§ 9

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów Funduszu.
3. Maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 10

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 11

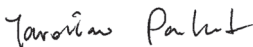
Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające Ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, lub w przypadku podatków w ciężar wartości wykupu.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 13

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA EKSTRAKONTYNUACJA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.


PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczep dużych narządów** rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA EKSTRAKONTYNUACJA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepojętym i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie). Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszłokórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczep dużych narządów** rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za **paraliż** uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie cztero kończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za **utrata kończyn** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz jednoczasową utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

ŚLEPOTA

§ 10

Za **ślepotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za **głuchotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 12

Za **utratę mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za **oparzenia** uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za **łagodny guz mózgu** uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny. Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

Choroba Creutzfeldta – Jakoba – postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

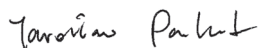
§ 17

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) – zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie będące następstwem uzasadnionej medycznie transfuzji krwi, przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi), potwierdzone w dostępnej dokumentacji medycznej;
- 2) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy rozszerzony katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Katalog Operacji WARTA EKSTRAKONTYNUACJA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)
- c) usunięcie zmiany skóry, tkanki podskórnej (1)
- d) usunięcie zmian w obrębie sutka (2)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) operacje żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (3)
 - całkowita resekcja żołądka (4)
 - operacja wrzodu żołądka, dwunastnicy (3)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żyłaki odbytu patrz pkt. 11c)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (2)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyłuszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (2)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - operacje zatok (2)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (1)

6. OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ I KRTANI

- a) operacja migdałków podniebiennych (1)
- b) operacje ślinianek (2)
- c) usunięcie zmiany w obrębie krtani (1)

7. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

8. OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIĘGIEN, WIĘZADEŁ (2)

9. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki (4)
- b) operacje dróg moczowych (3)
- c) operacje prostaty (3)
- d) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - wycięcie macicy (3)
 - usunięcie zmian w obrębie macicy (2)
- d) operacje męskich narządów płciowych (2)

10. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
- b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)

11. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył (2)
- c) żylaki odbytu (1)

12. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (5)
- b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
- c) wszczępienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)

13. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (2)

14. OPERACJE TARCZYCY (4)

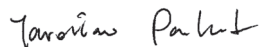
15. PRZESZCZEPY

- a) przeszczep serca (5)
- b) przeszczep wątroby (5)
- c) przeszczep nerki (5)
- d) przeszczep innych narządów (4)

16. OPERACJE Z ZASTOSOWANIEM TECHNIK LASEROWYCH (1)

** w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)*

Niniejszy katalog operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 211/2012 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 13 listopada 2012 roku i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 21 grudnia 2012 roku.



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA Dodatkowe ubezpieczenie z Funduszem

| Rodzaj opłaty | Opłata ¹ | Tryb pobierania |
|---|--|---|
| Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami: - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym | brak opłaty 0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 45 zł | Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej |
| Zmiana podziału procentowego: - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym | brak opłaty 15 zł | Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu |

| | |
|---|--------|
| Minimalna składka doraźna | 700 zł |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi | 100 zł |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu | 100 zł |
| Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostająca na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dokonaniu wykupu częściowego | 500 zł |

¹ Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny:

- a) wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw lub
 - b) wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych
- w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 65/2007 Zarządu TuNż „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie 19 marca 2007 roku z późn. zm.

Jarosław Parkot

Prezes Zarządu
TuNż „WARTA” S.A.
Jarosław Parkot



Wiceprezes Zarządu
TuNż „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek