

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń, z ubezpieczającymi**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń 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 stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **górnny limit sumy ubezpieczenia** - maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku, płci ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 10) **miesiąc polisowy** - pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesięcy kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 11) **rok polisowy** - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 12) **Fundusz** - wydzieloną część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 13) **składka regularna** - składkę płatną w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia,
 - 14) **składka doraźna** - składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie w zakładzie ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust.4,
 - 15) **alokacja składki** - procent, określający jaka część składki regularnej i składki doraźnej przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
 - 16) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** - cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
 - 17) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
 - 18) **wartość wykupu** - kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
 - 19) **wartość częściowego wykupu** - kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 25,
 - 20) **wartość polisy** - kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
 - 21) **dotatkowa wartość polisy** - kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie

- ubezpieczenia za opłacone składki doraźne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 22) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
 - 23) **minimalna wartość polisy** – kwotę ustaloną okresowo przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4,
 - 24) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu,
 - 25) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wartość polisy i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku, gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie 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.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie: wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i potwierdzana w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 60 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
12. Przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia. W

przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. Składka regularna może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę regularną najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: pełna kwota składki wpłynęła na rachunek zakładu ubezpieczeń i zakład ubezpieczeń otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki regularnej. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywa ubezpieczającego do opłacenia zaległej składki w terminie do 90 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składki w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.
7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłatę w wysokości stanowiącej równowartość wszystkich zaległych składek regularnych, które ubezpieczający byłby zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
8. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust. 7:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
 - a) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu, od dnia zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 5, w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, pod warunkiem, iż wartość polisy liczona na 90 dzień od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej, przekracza ustaloną przez zakład ubezpieczeń aktualną minimalną wartość polisy,
 - b) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu, w przypadku gdy wartość polisy na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, nie przekracza ustalonej przez zakład ubezpieczeń aktualnej minimalnej wartości polisy.
9. W przypadku określonym w ust. 8 pkt 2) b) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu, na zasadach określonych w § 25. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do zakładu ubezpieczeń.
10. Jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w czasie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a składki regularne z tytułu umowy ubezpieczenia opłacane były przez okres nie krótszy niż 2 lata, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ograniczona jest w takiej sytuacji do wypłaty uprawnionemu jedynie świadczenia w wysokości wartości wykupu, obliczonej na zasadach określonych w § 25. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu.
11. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 7 - 8 w wysokości odsetek ustawowych.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 6

1. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych przez okres co najwyżej 12 miesięcy licząc od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.
2. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest po upływie 5 lat licząc od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
3. W okresie zawieszenia opłacania składek regularnych zawieszeniu ulega odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w okresie zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.
4. Zawieszenie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa w § 18.
5. Wznowienie opłacania składek regularnych przed upływem okresu na jaki zawieszono ich opłacanie możliwe jest tylko po wcześniejszym doręczeniu odpowiedniego wniosku do siedziby zakładu ubezpieczeń.
6. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust. 5, następuje z kolejnym terminem płatności składki przypadającym po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.
7. Jeżeli ubezpieczający nie wznowi opłacania składek po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust.1, to zastosowanie mają postanowienia § 5 dotyczące nieopłacenia regularnej składki przez ubezpieczającego zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia.

INDEKSACJA

§ 7

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 składka regularna podlega w każdą rocznicę polisy indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Indeksacja składki regularnej, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.
3. W związku z podwyższeniem składki regularnej w wyniku indeksacji odpowiedniemu podwyższeniu ulegają suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. Podwyższenie składki regularnej w wyniku indeksacji nie powoduje podwyższenia sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki regularnej, sumy ubezpieczenia i górnego limitu 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna, suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego, nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, wysokość składki regularnej, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki regularnej z tytułu umowy, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.

6. Wznowienie indeksacji składki regularnej, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust.4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki regularnej od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i ust. 5 składka regularna nie podlega indeksacji w czasie zawieszenia opłacania składek regularnych oraz w razie przejęcia obowiązku opłacania składki przez zakład ubezpieczeń na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego.
8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki regularnej w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń.

§ 9

1. Niezależnie od indeksacji, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - a) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - b) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - c) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka,
 - 2) na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy pod warunkiem dostarczenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka i pod warunkiem wyrażenia zgody przez zakład ubezpieczeń.
2. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż górny limit sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczający.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), możliwe jest jedynie trzy razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, za każdym razem maksymalnie o 30%, wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych oraz przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa ust. 1, nie może być niższe niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie sumy ubezpieczenia na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy pod warunkiem wyrażenia zgody przez zakład ubezpieczeń.
7. Obniżona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 6, nie może być niższa niż dolny limit sumy ubezpieczenia ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
8. Obniżenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6, możliwe jest jedynie w rocznicę polisy, wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych oraz przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, w zakresie zdarzenia, o którym mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach, określonych w § 5 ust. 8,
 - 4) zgonu ubezpieczonego, z następnym dniem po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 25 ust. 3 – następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z

pierwszym dniem tego miesiąca polisowego, jeżeli wypada on po upływie pierwszych 10 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,

- 7) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego, jeżeli:
 - a) ubezpieczający skorzystał lub aktualnie korzysta z prawa do zawieszenia opłacania składek regularnych, lub
 - b) umowa ubezpieczenia przekształcona została w ubezpieczenie bezskładkowe.

§ 12

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

§ 13

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. Przy zwrocie składki potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość i sposób pobierania określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego do zakładu ubezpieczeń, na zasadach określonych w § 25, z zastrzeżeniem iż przy ustalaniu wartości wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki regularnej za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 14

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe po upływie dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz gdy wartość polisy, obliczana przy uwzględnieniu ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej następnego dnia po złożeniu wniosku, równa jest co najmniej minimalnej wartości polisy.
2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w pierwszym dniu kolejnego miesiąca polisowego następującego po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, nie później jednak niż w dniu zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w § 5 ust. 5.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i ust. 2 umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 5 ust. 8 pkt 2 a), bez wymogu składania wniosku przez ubezpieczającego.
4. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - 1) wygasa zobowiązanie do opłacenia wszystkich przyszłych składek regularnych, których termin płatności upływa po dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 2) począwszy od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) suma ubezpieczenia ulega zmianie i jest równa wartości polisy aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5,
 - b) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia,
 - c) nie ma możliwości dokonania indeksacji składki regularnej i podwyższenia sumy ubezpieczenia.
5. Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe przy zachowaniu sumy ubezpieczenia w dotychczasowej wysokości jest możliwe wyłącznie na wniosek ubezpieczającego.
6. W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczający ma prawo wpłacać składki doraźne.

7. W przypadku przekształcenia, o którym mowa w ust.5, zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje zachowany, wyłączając dodatkową umowę ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego.
8. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, ubezpieczający nie może przekształcić umowy w umowę ubezpieczenia składkowego.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 15

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania 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 pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1 następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 25.

FUNDUSZE

§ 16

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
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 umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne i składki doraźne, z zastrzeżeniem § 17.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne.

§ 17

1. Składki regularne oraz składki doraźne w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. Alokacja składki regularnej wynosi: w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia – 30%, w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia – 95%, natomiast w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia – 96%. Pozostała część składki, ponad wskazany poziom alokacji, nie jest lokowana w Funduszach. Alokacja składki doraźnej wynosi 100% w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń może uzależnić wysokość alokacji od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez zakład ubezpieczeń – w takim przypadku wysokość alokacji ustalana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający w dowolnym terminie może 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 zakład ubezpieczeń.

5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
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 opłatę zakładu ubezpieczeń, 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 siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
8. Zakład ubezpieczeń 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 § 28 ust. 4.
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 § 28 ust. 4.

AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

§ 18

1. Środki Funduszy lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu wpłat składek regularnych i składek doraźnych oraz przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie § 21 i § 25, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe (w tym również z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia - w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia).
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest i pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
7. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
8. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.
9. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu.
10. 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.
11. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i ust. 10 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.
12. W przypadku, gdy w ciągu pierwszych 10 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w ust. 5 i ust. 10, to nie pokryta część opłat zostanie pobrana w najbliższym dniu, kiedy wartość polisy stanie się dodatnia w związku z nabyciem nowych jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Jeżeli ubezpieczający skorzystał lub korzysta z prawa do zawieszenia opłacania składek regularnych lub umowa ubezpieczenia uległa przekształceniu w umowę bezskładkową, a wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w ust. 5 i ust. 10, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 19

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 dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. 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 zakład ubezpieczeń 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 włącznie.

4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
5. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki regularnej lub doraźnej na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak:
 - 1) nie wcześniej niż w następnym dniu, kiedy składka regularna jest należna, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
 - 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki doraźnej.
6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 20

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 21 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 22 ust. 11.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 24 ust. 4.
3. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od powyższego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 21

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub wartości polisy. Ponadto zakład ubezpieczeń wypłaca dodatkową wartość polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 22 ust. 3.

§ 22

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń 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, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń 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.

6. 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.
7. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia kwalifikuje zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
8. 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 zostanie odpowiednio skorygowana.
9. W przypadku, gdy na dzień dokonywania przez zakład ubezpieczeń jakiegokolwiek wypłaty istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.

§ 23

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń 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 § 24 ust. 4 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 składa wniosek o zmianę uprawnionego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 24

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% świadczenia, przyjmuje się, że udziały uprawnionych w świadczeniu są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. 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.
5. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 25

1. W okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia wartość wykupu równa jest dodatkowej wartości polisy pomniejszonej o opłatę likwidacyjną. Wysokość opłaty likwidacyjnej określona jest w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4.
2. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych wymagalnych w okresie, o którym mowa powyżej, wartość wykupu równa jest sumie wartości polisy i dodatkowej wartości polisy pomniejszonych o opłaty likwidacyjne, określone w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać całkowitego wykupu po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać częściowego wykupu w wysokości nie większej niż dodatkowa wartość polisy i nie częściej niż raz w roku polisowym. Częściowy wykup powoduje odpowiednie zmniejszenie dodatkowej wartości polisy. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4.

5. Przy ustalaniu wartości wykupu i wartości częściowego wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
6. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust.7.
7. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup.
8. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust. 4 i ust. 5, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 4.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 27

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
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 zakład ubezpieczeń.
4. Przez dzień złożenia wniosku do zakładu ubezpieczeń (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez zakład ubezpieczeń) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
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 zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 28

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Zasady Działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.
4. Wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 29

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 30

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

3. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 31

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 180/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski