

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN”	3
1. Postanowienia ogólne	3
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	9
9. Indywidualne konto polisowe i opłaty	10
10. Udział w zysku	11
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	11
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	12
13. Wykup ubezpieczenia	15
14. Postanowienia końcowe	15
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	17
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	19
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	23
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	28
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne	33
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	38
VIII. Dodatkowe Ogólne Warunki prowadzenia IKE Indywidualny Program z Funduszem IKE WARTA	46
IX. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia”	56
X. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	66
XI. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	68
XII. Katalog Operacji WARTA	72
XIII. Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „ŻYCIOWY PLAN”	74
XIV. Tabela opłat do Indywidualnego Programu z Funduszem IKE WARTA	76

**Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne Ubezpieczenie na Życie
„ŻYCIOWY PLAN”**

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 ubezpieczycielem, 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 ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę, 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 stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 7) **górnny limit sumy ubezpieczenia** – maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości deklarowanej składki, 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, dotyczy tylko Programu 2,
 - 8) **minimalna suma ubezpieczenia** – minimalną sumę ubezpieczenia określoną w tabeli opłat,
 - 9) **świadczenie** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 10) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 11) **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,
 - 12) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 13) **składka deklarowana** – wysokość składki, do której ponoszenia zobowiązuje się ubezpieczający będąca podstawą wyznaczenia górnego limitu sumy ubezpieczenia,
 - 14) **wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, lub na wniosek ubezpieczającego, na zasadach określonych w § 21,

- 15) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 21,
- 16) **wartość polisy** – wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym,
- 17) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 18) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wartość polisy i kwotę wykupów częściowych 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.
- 19) **udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania przez ubezpieczyciela rezerw matematycznych, przysługujący na zasadach określonych w OWU,
- 20) **Program** – jeden z dwóch PROGRAMÓW umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie OWU,
- 21) **stopa procentowa** – stopę techniczną określającą wysokość oprocentowania środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym,
- 22) **gwarantowany okres obowiązywania wysokości stopy procentowej** – okres, w którym środki zaewidencjonowane tytułem wpłat dokonanych w czasie obowiązywania określonej wysokości stopy procentowej, przyznany udział w zysku podlegają oprocentowaniu zgodnie z wysokością stopy procentowej obowiązującej w umowie ubezpieczenia odpowiednio w momencie dokonywania wpłat lub przyznania udziału w zysku.
- 23) **wpłata** – kwota wpłacona z tytułu umowy ubezpieczenia, w tym również kwota składki deklarowanej, nie niższa niż wysokość określona przez ubezpieczyciela w tabeli opłat,
- 24) **siedziba ubezpieczyciela** – siedziba centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. w Warszawie,
- 25) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela
- 26) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 27) **umowa o prowadzenie IKE** – umowę zawartą na podstawie dodatkowych ogólnych warunków prowadzenia IKE Indywidualny Program z Funduszem IKE WARTA, w oparciu o ustawę o indywidualnych kontach emerytalnych z dnia 20 kwietnia 2004 roku (Dz.U. z 2004 roku, Nr 116, poz. 1205),
- 28) **indywidualne konto polisowe** – indywidualne konto utworzone dla każdej umowy ubezpieczenia, na którym ewidencjonowane są środki tworzące wartość polisy.
- 29) **ustawa o działalności ubezpieczeniowej** – ustawę z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 2003 roku, Nr 124, poz. 1151),

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 zawartej w Programie 1, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - a) zgonu ubezpieczonego,
 - b) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

3. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 2, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
4. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 2, możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 3 o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. W ramach umowy ubezpieczenia zawartej w Programie 1 i 2, możliwe jest zawarcie umowy o prowadzenie IKE.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 1, suma ubezpieczenia jest wartością zmienną, a jej wysokość odpowiada sumie wpłat w okresie trwania umowy ubezpieczenia (z wyłączeniem wpłat dokonanych na podstawie umowy o prowadzenie IKE), liczonych wstecz od dnia poprzedzającego dzień, na który obliczana jest suma ubezpieczenia.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 2, suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony w momencie zawierania umowy ubezpieczenia i wskazana jest w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel 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, 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.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia zawarta jest 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 ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia pierwszej deklarowanej składki, o której mowa w § 5 ust. 1.
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. 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.
13. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w Programie 1 bądź Programie 2, o których mowa w niniejszych OWU w zależności od wyboru ubezpieczającego dokonanego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
14. W trakcie trwania umowy ubezpieczenia nie ma możliwości zmiany Programu.
15. Z zastrzeżeniem odmiennych postanowień niniejszych OWU, warunki ubezpieczenia dla Programu 1 i Programu 2 są tożsame.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej składki w kwocie odpowiadającej co najmniej wysokości deklarowanej składki.
2. Wysokość składki deklarowanej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w Programie 1 deklarowana składka odpowiada kwocie wskazanej w tabeli opłat.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić kwotę w wysokości odpowiadającej co najmniej wysokości deklarowanej składki najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: pełna kwota deklarowanej składki wpłynęła na rachunek ubezpieczyciela i ubezpieczyciel otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia.
6. Każdą następną składkę ubezpieczający może zapłacić w dowolnym terminie w wysokości odpowiadającej co najmniej minimalnej wpłacie, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W przypadku gdy w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia suma wpłat na koniec danego miesiąca polisowego wynosi mniej niż iloczyn deklarowanej składki i liczby miesięcy polisowych od początku okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty brakującej kwoty informując jednocześnie, iż jeśli suma wpłat na koniec następnego miesiąca polisowego będzie mniejsza niż iloczyn deklarowanej składki i liczby miesięcy polisowych od początku okresu ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia ulegnie rozwiązaniu z końcem następnego miesiąca polisowego od tej daty.
8. Wszelkie wpłaty dokonane w okresie ostatniego miesiąca polisowego przed rozwiązaniem umowy ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 7 podlegają zwrotowi.
9. W przypadku wpłaty dokonanej przez ubezpieczającego w wysokości niższej niż minimalna wpłata, określona w tabeli opłat, ubezpieczyciel dokonuje zwrotu wpłaconej kwoty.
10. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia na podstawie ust. 7 ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela.
11. Z zastrzeżeniem ust. 12 ubezpieczający ma prawo złożyć na co najmniej 60 dni przed rocznicą polisy wniosek o zmianę wysokości deklarowanej składki.

12. Zmiany, o której mowa w ust. 11 ubezpieczający może dokonać, jeśli na 60 dni przed rocznicą polisy, od której dokonana ma być zmiana, suma wpłat dokonanych z tytułu umowy ubezpieczenia jest co najmniej równa iloczynowi liczby miesięcy od początku okresu ubezpieczenia i wysokości deklarowanej składki.
13. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego w formie pisemnej o nowej wysokości składki deklarowanej oraz górnego limitu sumy ubezpieczenia na co najmniej 30 dni przed rocznicą polisy.
14. W przypadku gdy po zmianie, o której mowa w ust. 11 górny limit sumy ubezpieczenia będzie niższy niż aktualna suma ubezpieczenia wówczas suma ubezpieczenia zostanie obniżona do wysokości tego limitu.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 zadeklarowana składka podlega w każdą rocznicę polisy indeksacji, dokonywanej przez ubezpieczyciela, o ile umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2.
2. Indeksacja zadeklarowanej składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.
3. W związku z podwyższeniem zadeklarowanej składki w wyniku indeksacji, odpowiedniemu podwyższeniu ulegają suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia,
4. Indeksacja nie jest przeprowadzana począwszy od rocznicy polisy następującej po osiągnięciu przez ubezpieczonego 60 roku życia.

§ 7

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej deklarowanej składki, 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 ubezpieczycielowi pisemnego oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację deklarowanej składki, podwyższona w wyniku indeksacji deklarowana składka, 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 ubezpieczycielowi pisemne oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację deklarowanej składki, wysokość deklarowanej składki, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy, odmówi indeksacji deklarowanej składki, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji deklarowanej składki, ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji deklarowanej 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 deklarowanej składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

§ 8

1. Niezależnie od indeksacji, o której mowa w paragrafach powyższych, jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 10 ust. 7, po upływie pierwszej rocznicy polisy, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) W okresie 6 miesięcy od daty zajścia co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - a) zawarcia przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - b) urodzenia się dziecka ubezpieczonemu,
 - c) przysposobienia przez ubezpieczonego dziecka,
 - 2) w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia pod warunkiem dostarczenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka i pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczyciela.
2. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż górny limit sumy ubezpieczenia.
3. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 możliwe jest, o ile na ostatni dzień miesiąca poprzedzającego miesiąc, w którym złożono wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia, suma wpłat dokonanych z tytułu umowy ubezpieczenia jest co najmniej równa iloczynowi liczby miesięcy od początku okresu ubezpieczenia i wysokości deklarowanej składki.
4. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
5. 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%.
6. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa ust. 1, nie może być niższe niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela w tabeli opłat.
7. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1 obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia.
8. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 możliwe jest 1 raz w roku polisowym.
9. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 2, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie sumy ubezpieczenia w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10 ust. 7.
10. Obniżenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 9 możliwe jest 1 raz w roku polisowym.
11. Obniżona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 9, nie może być niższa niż minimalna suma ubezpieczenia określona w tabeli opłat.
12. Obniżona suma ubezpieczenia obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca polisowego następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel zaakceptował wniosek o zmianę sumy ubezpieczenia.
13. Kwota , o jaką obniżana jest suma ubezpieczenia, zgodnie z ust. 9, nie może być niższa niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela i określona w tabeli opłat.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 4 ust. 9, odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2 lub 3, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako

- początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty pierwszej składki deklarowanej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 3. Jeżeli umowa ubezpieczenia została zawarta w Programie 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.
 4. Z dniem określonym w ust. 2 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia oraz rozwiązuje się umowa o prowadzenie IKE.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego sumy deklarowanych składek na zasadach, określonych w § 5 ust. 7,
 - 4) zgonu ubezpieczonego, z dniem zgonu,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 21 ust. 2 – następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 6) spadku wartości polisy, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 13 za dany miesiąc polisowy, z ostatnim dniem, za który pobrano opłaty na zasadach określonych w ust. 2 - 4.
2. W przypadku określonym w ust. 1 pkt. 6), umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, na zasadach określonych w ust. 3 - 4, z ostatnim dniem okresu za który opłaty z tytułu umowy ubezpieczenia zostały pobrane, przy czym okres ten wyznaczany jest na podstawie iloczynu liczby dni danego miesiąca polisowego (tj. miesiąca polisowego, w którym wartość polisy spadła poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 13 za ten miesiąc polisowy) oraz stosunku wartości polisy wg stanu na pierwszy dzień tego miesiąca polisowego do kwoty opłat należnych za ten miesiąc polisowy.
3. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego w formie pisemnej o możliwym spadku wartości polisy poniżej poziomu wystarczającego na pokrycie opłat określonych w § 13 za dany miesiąc polisowy co najmniej na 3 miesiące polisowe przed spodziewanym spadkiem i wyznaczy termin do wpłaty kwoty określonej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Termin, o którym mowa w ust. 3 upływa z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego przed miesiącem, w którym wartość polisy spadnie poniżej poziomu pozwalającego na pokrycie opłat.
5. Jeżeli ubezpieczający nie dokona ubezpieczycielowi, w terminie, o którym mowa w ust. 4, wpłaty w wysokości kwoty, o której mowa w ust. 3, wówczas umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem, o którym mowa w ust. 2 .
6. W przypadku określonym w ust. 5, wszystkie wpłaty składki dokonane przez ubezpieczającego po terminie określonym przez ubezpieczyciela, o którym mowa w ust. 4, podlegają zwrotowi.
7. W przypadku określonym w ust. 3 ubezpieczający nie może dokonać zmiany sumy ubezpieczenia oraz zmiany zakresu ubezpieczenia.

§ 11

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 miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego.
3. Jeżeli jednocześnie z umową ubezpieczenia zawarta jest umowa o prowadzenie IKE wówczas ubezpieczający wraz z oświadczeniem o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia zobowiązany jest doręczyć oświadczenie o zapoznaniu się z konsekwencjami wypłaty środków zgromadzonych w ramach umowy o prowadzenie IKE.

§ 12

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki opłaconej zgodnie z § 5 ust. 1. Przy zwrocie składki potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość i sposób pobierania określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 24 ust. 3.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 21, z zastrzeżeniem iż przy ustalaniu wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość polisy obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczającemu, który wypowiedział umowę ubezpieczenia przysługuje zwrot opłaty za ryzyko, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

INDYWIDUALNE KONTO POLISOWE I OPŁATY

§ 13

1. Dla każdego ubezpieczającego tworzone jest indywidualne konto polisowe, na którym ewidencjonowane są środki stanowiące równowartość wysokości wpłat po potrąceniu opłat manipulacyjnych wpłat składek, o których mowa w tabeli opłat.
2. Środki zaewidencjonowane na indywidualnym koncie polisowym podlegają oprocentowaniu zgodnie z wysokością stopy procentowej obowiązującej w chwili dokonania wpłat, lub dopisania udziału w zysku, nie później niż od dnia przypadającego po 5 dniach roboczych po dokonaniu wpłaty lub dopisania udziału w zysku i nie wcześniej niż od następnego dnia po dokonaniu wpłaty lub dopisania udziału w zysku.
3. Wysokość stopy procentowej obowiązuje dla środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie polisowym z tytułu udziału w zysku lub wpłat dokonanych w okresie obowiązywania danej wysokości stopy procentowej.
4. Wysokość stopy procentowej może ulegać zmianie w trakcie trwania umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany stopy procentowej w trakcie trwania umowy ubezpieczenia wpłaty dokonane od momentu zmiany podlegają oprocentowaniu zgodnie z nową wysokością, zaś środki dotychczas zgromadzone podlegają oprocentowaniu zgodnie z wcześniej obowiązującą wysokością stopy procentowej z chwili dopisania udziału w zysku lub dokonania wpłat do momentu upływu okresu gwarantowania.
5. Wysokość stopy procentowej i okres gwarantowania określone są w umowie ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego w formie pisemnej o zmianie stopy procentowej i jej okresie gwarantowania co najmniej na 60 dni przed wprowadzeniem zmiany.
7. Po upływie okresu gwarantowania, o którym mowa w ust. 4 środki zaewidencjonowane na indywidualnym koncie polisowym z tytułu wpłat dokonanych w okresie obowiązywania danej wysokości stopy procentowej podlegają oprocentowaniu zgodnie z aktualnie obowiązującą wysokością stopy procentowej.

8. Wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym pomniejszana jest w szczególności o kwoty wykupów częściowych, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe (w tym również z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia – w przypadku ich zawarcia z wyłączeniem umowy o prowadzenie IKE).
9. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest i pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie kwoty odpowiadającej ich wysokości od środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie polisowym.
10. Jeżeli środki zgromadzone na indywidualnym koncie polisowym podlegają różnemu oprocentowaniu zgodnie z zasadą opisaną w ust. 4 wówczas opłaty, o których mowa w ust. 9 pobierane są proporcjonalnie od całości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie polisowym.
11. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
12. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku (jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1) równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczonego na pierwszy dzień miesiąca polisowego.
13. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczane są na podstawie: aktualnego wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
14. Wskaźniki ryzyka, o których mowa w ust. 13, określone są w umowie ubezpieczenia.
15. Opłaty, o których mowa w ust. 9 pobierane są przez cały okres trwania umowy ubezpieczenia.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 14

1. Ubezpieczyciel może przyznać ubezpieczającemu, udział w zysku od zainwestowanych środków pod warunkiem, że:
 - 1) na koniec roku kalendarzowego, za który przyznawany jest udział w zysku wartość polisy jest większa od 0 oraz
 - 2) suma wpłat dokonanych w danym roku kalendarzowym równa jest co najmniej kwocie, o której mowa w tabeli opłat lub wartość polisy na koniec roku kalendarzowego przekracza wysokość wskazaną w tabeli opłat z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Warunek, o którym mowa w ust. 1 pkt 2) nie musi być spełniony w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia.
3. Udział w zysku liczony jest na koniec roku kalendarzowego i przyznawany w ostatnim dniu lutego pod warunkiem, że umowa ubezpieczenia pozostawała w mocy w tym dniu oraz umowa ubezpieczenia nie będzie rozwiązana z powodów, o których mowa w § 10 ust. 5 w następnym miesiącu następującym po miesiącu, w którym przyznano udział w zysku.
4. Kwota udziału w zysku powiększa wartość polisy.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku (jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1) jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: 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,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
3. 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 § 21.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 17 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania, osoby wymienione w § 20 ust. 4.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi przez ustawę 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 ubezpieczyciela. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 17

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego pomniejszonej o kwotę wykupów częściowych lub wartości polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1 ubezpieczyciel przyjmuje wartości na indywidualnym koncie polisowym z dnia zgonu ubezpieczonego.
3. Jeżeli umowa ubezpieczenia zawarta została w Programie 1, ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku osobie uprawnionej w wysokości sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jednak nie więcej niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust. 3, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.

§ 18

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany 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 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.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku ubezpieczyciela kwotą należnego świadczenia. 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 poucza 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 ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciel 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, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.

§ 19

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego i zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, jeżeli umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 1, oraz na wypadek zgonu ubezpieczonego gdy umowa ubezpieczenia zawierana jest w Programie 2, 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 § 20 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 w formie pisemnej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą poczynawszy od dnia otrzymania wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 20

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 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. 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

§ 21

1. Wartość wykupu równa jest wartości polisy pomniejszonej o opłaty likwidacyjne, określone w tabeli opłat, o której mowa w § 24 ust. 3.

2. Ubezpieczający ma prawo dokonać całkowitego wykupu w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo, raz w danym roku polisowym dokonać częściowego wykupu w wysokości nie mniejszej niż wysokość określona w tabeli opłat, z zastrzeżeniem, iż wartość polisy po dokonaniu wykupu częściowego nie może być mniejsza niż minimalna wartość polisy określona w tabeli opłat. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 24 ust. 3.
4. Przy ustalaniu wartości wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartości na indywidualnym koncie polisowym z dnia doręczenia przez ubezpieczającego do siedziby ubezpieczyciela wniosku o wykup lub częściowy wykup.
5. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający a w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia również ubezpieczony mają obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 23

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym ubezpieczyciela, przyjmuje się, że ubezpieczyciel 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 ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby 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 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.
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.

§ 24

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

2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia oraz umowa o prowadzenie IKE, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela 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.

§ 25

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.

§ 26

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 ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciela określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na ubezpieczycielu będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 27

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ZGONU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej „OWU”).

§2

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia, na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
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. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawierania dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§3

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

§4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 3.

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.

§5

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. 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, w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: 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,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TunŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WYSTĄPIENIA U UBEZPIECZONEGO POWAŻNEGO ZACHOROWANIA

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym 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 w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i ust. 4 pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. W zależności od treści wniosku, o którym mowa w ust. 1 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.
4. 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, a w przypadku gdy dodatkowa umowa zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 55 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.
6. 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.
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.
9. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy do zakresu ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.

§4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i ust. 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. 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.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania i wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równy jest, w zależności od wyboru opisanego w § 3 ust. 3, wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań lub wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań.
4. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań oraz wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań obliczane są na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
5. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań albo odpowiednio wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań określony jest w umowie 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 pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - b) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. 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.
5. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, nastąpi zgon ubezpieczonego, 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.
6. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

- 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust.8,
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: 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) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
8. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 7 pkt 5) nie mają zastosowania.
9. 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 § 16 OWU.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TunŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

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 jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 2) **całkowite inwalidztwo** – powstałe 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 jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy.
- 3) **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,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, złożonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 3, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
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. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.

7. 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 ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 4.
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 uprawnionemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w umowie ubezpieczenia - 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, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
6. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon

ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.

7. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.

§ 7

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

Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
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 śródreżcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
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	60
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	50
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	40
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	30
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	20
6.	utrata palucha	5	5
7.	utrata palca innego niż paluch	2	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:
 - a) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności,
 - b) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - c) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - d) dłoń – palce i śródreczę,
 - e) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego.
 - f) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego.
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, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez

- wymaganych dokumentów,
- 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: 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,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączać przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TunŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA NA WYPADEK OPERACJI UBEZPIECZONEGO

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **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. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski 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 niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku.

4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia, a w przypadku gdy dodatkowa umowa włączana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 60 roku życia przed rocznicą, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
6. 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. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka operacji ubezpieczonego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku i płci ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.

3. 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 operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami,,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami 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) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: 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 dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
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. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu wystąpienia zdarzenia objętego ochroną z tytułu dodatkowej umowy, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.
9. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
10. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez ubezpieczyciela, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego 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.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TunŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

OGÓLNE WARUNKI DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA – DZIENNE ŚWIADCZENIE SZPITALNE

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej “Warunkami”) mają zastosowanie jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej “OWU”).

§ 2

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

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski 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 ani 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, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 4) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 5) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach §10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 6) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłaconego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 i 6, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W przypadku określonym w ust. 1 ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
3. 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.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawierania dodatkowej umowy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat a w przypadku gdy dodatkowa umowa zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia - pod warunkiem, że nie ukończył 60 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
7. 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. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku i płci ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 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 pobraniu pierwszej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5.

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 po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
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. 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.

§ 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, dienne 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 dienne świadczenie rehabilitacyjne; dienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dienne 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 dienne 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 dziennie 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 dziennie świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dziennie 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 ubezpieczonemu 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, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,

- 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi 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) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: 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 dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, hospicjum, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego 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).

§ 15

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanych dalej OWU).

§ 2

1. Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na polisie;
 - 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w ust. 1 pkt 3) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w ust. 1 pkt 11). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w pkt a) do e);
 - 3) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
 - 4) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 5) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 6) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
 - 7) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
 - 8) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 9) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
 - 10) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 11) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 2) nie ukończyło 18 roku życia;

- 12) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach;
- 13) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 14) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona do opieki osoba zamieszkała na terytorium Polski, wyznaczona przez ubezpieczonego; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
- 15) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy,pod warunkiem zaakceptowania takiego przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest od dnia wskazanego w umowie ubezpieczenia na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa 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 pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
4. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 65 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona zgodnie z treścią ust. 2.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
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.

§ 4

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia. Opłata pobierana jest z góry za dany miesiąc polisowy.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po pobraniu pierwszej dodatkowej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 7.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 7 niniejszych Warunków, jest ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego.

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 ust. 1 pkt 2).
 - 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli nr 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Lp.	Zakres świadczeń
1	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej
2	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej
3	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania
4	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej
5	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki
6	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego

7	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji
8	Organizacja i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarstwa w szpitalu
9	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dzieci/osób niesamodzielnych
10	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	Zdrowotne usługi informacyjne

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **Transport medyczny**

- a) **transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej na terenie RP. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta, utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu,
- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu,
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania na terenie RP. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.

Wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

- 2) **Wizyta lekarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego

- 3) **Wizyta pielęgniarki** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznały uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego. Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego
 - 4) **Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.
 - 5) **Opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.
 - 6) **Całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu** – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagającego co najmniej 7 dniowego pobytu w szpitalu, wymagającego całodobowego nadzoru pielęgniarki ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w łącznym limicie 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
 - 7) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) lub przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - c) opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dokończy starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 7) wyłącznie wtedy, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.
4. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.

5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1600 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
7. Limity kosztów określonych w ust. 3 i ust. 5. odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego.
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych.
 - 6) Informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §9 ust. 5;
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania/działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji

- toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
- d) chorób psychicznych;
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami);
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: narciarstwo alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe;
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi;
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza;
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności;
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS);
 - k) chorób przewlekłych;
- 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciel.

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
6. W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1), 3) ubezpieczyciel może zwrócić ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Dodatkowe Ogólne Warunki prowadzenia IKE Indywidualny Program z Funduszem IKE WARTA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Dodatkowe Ogólne Warunki prowadzenia IKE (Warunki) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (zwanymi dalej „OWU”).
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **osoba uprawniona** – osobę, która otrzymuje środki z indywidualnego konta inwestycyjnego - IKE w przypadku zgonu oszczędzającego; osobą uprawnioną jest uposażony do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu oszczędzającego, wskazany w OWU,
 - 2) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
 - 3) **umowa o prowadzenie IKE** – umowa zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
 - 4) **oszczędzający** – osoba fizyczna, która gromadzi środki na IKE, będąca jednocześnie ubezpieczonym w ramach umowy ubezpieczenia,
 - 5) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 6) **Plan inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Plan inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 7) **składka** – kwotę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna składka, o której mowa w pkt. 8),
 - 8) **minimalna składka** – minimalna kwota wpłaty wymagana przez ubezpieczyciela określona w tabeli opłat, stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, a w przypadku pierwszej składki jest to kwota odpowiadająca minimalnej wysokości pierwszej wpłaty składki określonej przez ubezpieczyciela w tabeli opłat,
 - 9) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne - IKE,
 - 10) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego - IKE,
 - 11) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy o prowadzenie IKE lub odpowiednio z wypłat transferowych z IKE, na jednostki uczestnictwa Funduszu lub Planu,
 - 12) **konwersja** – przeniesienie jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami polegające na odliczeniu z Funduszu lub Planu, z którego konwersja jest dokonywana odpowiedniej (podlegającej konwersji) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu lub Planie, do którego konwersja jest dokonywana,
 - 13) **IKE** – wyodrębniony rachunek w ubezpieczeniowym funduszu kapitałowym, lub wyodrębniony zapis w rejestrze uczestników funduszu inwestycyjnego, albo wyodrębniony rachunek papierów wartościowych i rachunek pieniężny służący do jego obsługi

- w podmiocie prowadzącym działalność maklerską lub wyodrębniony rachunek bankowy w banku, prowadzone na zasadach określonych ustawą,
- 14) **indywidualne konto inwestycyjne** – IKE – wyodrębniony rachunek jednostek uczestnictwa w Funduszu lub Planie, utworzony przez ubezpieczyciela do obsługi umowy o prowadzenie IKE,
 - 15) **wypłata** – wypłatę środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE dokonywaną na rzecz oszczędzającego, po spełnieniu warunków określonych w ustawie albo osoby uprawnionej - w przypadku zgonu oszczędzającego;
 - 16) **wypłata transferowa** – przeniesienie środków zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE do instytucji finansowej prowadzącej IKE dla oszczędzającego lub do programu emerytalnego, do którego oszczędzający przystąpił lub przeniesienie środków zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego osoba uprawniona przystąpiła,
 - 17) **wypłata transferowa z IKE** – przeniesienie na indywidualne konto inwestycyjne – IKE środków zgromadzonych przez oszczędzającego na IKE w instytucji finansowej lub w programie emerytalnym lub środków zgromadzonych na IKE osoby zmarłej, jeżeli oszczędzający jest osobą uprawnioną do otrzymania zgromadzonych środków w związku z jej śmiercią,
 - 18) **zwrot** – wycofanie środków zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty bądź wypłaty transferowej,
 - 19) **program emerytalny** – pracowniczy program emerytalny w rozumieniu ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych (Dz.U. z 2004 roku Nr 116, poz. 1207),
 - 20) **Ustawa** – ustawa z dnia 20 kwietnia 2004 r. o indywidualnych kontaktach emerytalnych (Dz.U. z 2004 z 2004 roku Nr 116, poz. 1205),
 - 21) **instytucja finansowa** – inny niż Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna ubezpieczyciel, fundusz inwestycyjny, bank oraz podmiot prowadzący działalność maklerską, prowadzące IKE, na zasadach określonych w Ustawie,
 - 22) **Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych** – regulamin ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych i planów inwestycyjnych, stanowiący integralną część Warunków.

PRZEDMIOT UMOWY O PROWADZENIE IKE

§ 2

W ramach umowy o prowadzenie IKE ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany na zasadach określonych w niniejszych Warunkach.

ZAWARCIE UMOWY O PROWADZENIE IKE

§ 3

1. Umowa o prowadzenie IKE zawierana jest na czas określony, do dnia pierwszej rocznicy umowy o prowadzenie IKE przypadającej po dniu, w którym oszczędzający ukończy 70 rok życia, z zastrzeżeniem ust. 6.
2. Umowa o prowadzenie IKE może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez oszczędzającego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia lub

- 2) w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5 i tylko po opłaceniu pierwszej składki na zasadzie określonej w § 4 ust. 1.
3. Wniosek, o którym mowa w ust. 2 sporządzany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, zawierającym w szczególności oświadczenia wymagane przepisami Ustawy.
4. Zawarcie umowy o prowadzenie IKE ubezpieczyciel potwierdza w polisie, a w przypadku zawarcia umowy o prowadzenie IKE w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – w formie pisemnej.
5. W przypadku określonym w ust. 2 pkt 1) umowa o prowadzenie IKE zawierana jest od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, zaś w przypadku określonym w ust. 2 pkt. 2) od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczyciel zaakceptował wniosek, o zawarcie umowy o prowadzenie IKE.
6. Umowę o prowadzenie IKE może zawrzeć osoba mająca nieograniczony obowiązek podatkowy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
7. Osoba fizyczna, która dokonała w danym roku kalendarzowym wypłaty transferowej z IKE lub indywidualnego konta inwestycyjnego - IKE do programu emerytalnego nie może w tym roku zawrzeć umowy o prowadzenie IKE.
8. Osoba fizyczna, która dokonała wypłaty z IKE lub indywidualnego konta inwestycyjnego - IKE nie może zawrzeć umowy o prowadzenie IKE.
9. Każde indywidualne konto inwestycyjne – IKE posiada numer IKE nadany przez ubezpieczyciela w umowie o prowadzenie IKE. Numer IKE jest jednocześnie numerem umowy ubezpieczenia. Wszelkie dyspozycje dotyczące indywidualnego konta inwestycyjnego – IKE powinny być oznaczone powyższym numerem identyfikacyjnym.
10. Umowa o prowadzenie IKE może być zawarta wyłącznie, gdy oszczędzający jest jednocześnie ubezpieczającym w umowie ubezpieczenia.
11. Z chwilą zawarcia umowy o prowadzenie IKE, staje się ona integralną częścią umowy ubezpieczenia. Wszelkie terminy użyte w niniejszej umowie o prowadzenie IKE, a w niej niezdefiniowane, mają znaczenie nadane im w OWU.

SKŁADKA

§ 4

1. Z tytułu zawarcia umowy o prowadzenie IKE oszczędzający zobowiązany jest do opłacenia pierwszej składki w wysokości nie mniejszej niż minimalna składka wskazana przez ubezpieczyciela w tabeli opłat, stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem ust. 6, najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy o prowadzenie IKE.
2. Każdą następną składkę oszczędzający może zapłacić w dowolnym terminie w wysokości odpowiadającej co najmniej minimalnej składce określonej przez ubezpieczyciela w tabeli opłat, stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków.
3. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: pełna kwota składki (w wysokości odpowiadającej co najmniej minimalnej składce) wpłynęła na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela i ubezpieczyciel otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy o prowadzenie IKE. ,
4. W przypadku wpłaty składki dokonanej przez oszczędzającego w wysokości niższej niż minimalna składka, ubezpieczyciel dokonuje zwrotu wpłaconej kwoty.
5. W przypadku gdy umowa o prowadzenie IKE zawierana jest w związku z wypłatą transferową z IKE prowadzonego przez inną niż ubezpieczyciel instytucję finansową lub z programu emerytalnego, wówczas oszczędzający nie opłaca składki z tytułu zawarcia umowy o prowadzenie IKE.

6. Oszczędzający we wniosku, o którym mowa w § 3 ust. 2 dokonuje wskazania, iż umowa o prowadzenie IKE zawierana jest w związku z wypłatą transferową z IKE prowadzonego przez inną, niż ubezpieczyciel instytucję finansową lub z programu emerytalnego.
7. Składka z tytułu umowy o prowadzenie IKE może zostać zarejestrowana na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE po zarejestrowaniu na nim przyjętej wypłaty transferowej z IKE.
8. Jeżeli w przypadku opisanym w ust. 5 w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy o prowadzenie IKE, na konto ubezpieczyciela nie zostanie przekazana wypłata transferowa z IKE prowadzonego przez inną instytucję finansową wówczas umowa o prowadzenie IKE ulega rozwiązaniu z upływem tego terminu.

§ 5

1. Wszystkie limity i opłaty wyrażone kwotowo w tym minimalna składka mogą podlegać 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.
2. Ubezpieczyciel informuje pisemnie oszczędzającego o nowej wysokości minimalnej składki na 30 dni przed dokonaniem zmiany.

ROZWIĄZANIE UMOWY O PROWADZENIE IKE

§ 6

1. Umowa o prowadzenie IKE rozwiązuje się wskutek:
 - 1) wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez oszczędzającego,
 - 2) upływu czasu na jaki została zawarta – z dniem, w którym upływa czas, na jaki umowa została zawarta, z zastrzeżeniem ust. 2,
 - 3) zgonu oszczędzającego - z dniem zgonu,
 - 4) rozwiązania umowy ubezpieczenia – z dniem jej rozwiązania
 - 5) nie przekazania na poczet umowy o prowadzenie IKE wypłaty transferowej z IKE prowadzonego przez inną instytucję finansową w ciągu 3 miesięcy od daty zawarcia umowy o prowadzenie IKE– z upływem tego terminu.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt. 2, umowa o prowadzenie IKE trwa nadal w zakresie administrowania środkami zgromadzonymi na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE , z zastrzeżeniem, iż oszczędzający nie może od dnia określonego w ust. 1 pkt. 2) dokonywać wpłat składek (składki zapłacone po tym terminie zostają zaliczone na poczet wpłat w tytułu umowy ubezpieczenia). Umowa o prowadzenie IKE rozwiązuje się z chwilą wypłaty wartości wszystkich środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE w związku z wypłatą, wypłatą transferową lub zwrotem na zasadach określonych w § 13–14.

§ 7

1. Oszczędzający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę o prowadzenie IKE na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie umowy o prowadzenie IKE nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia.
2. Skutki rozwiązania umowy ubezpieczenia lub wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE w przypadku wskazanym w § 6 ust. 1 pkt 2 w odniesieniu do środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE określone są w § 13–14.

FUNDUSZE I PLANY

§ 8

1. W związku z zawarciem umowy o prowadzenie IKE ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planów część aktywów ubezpieczyciela. Wykaz oferowanych Funduszy i Planów określają Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowiące Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków.
2. Oszczędzający ma prawo, w ramach umowy o prowadzenie IKE, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki wpłacane przez oszczędzającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek opłacanych przez oszczędzającego z tytułu zawarcia umowy o prowadzenie IKE.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki, z zastrzeżeniem § 10.
5. W ramach umowy o prowadzenie IKE ubezpieczyciel tworzy dla każdego z oszczędzających indywidualne konto inwestycyjne - IKE na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zgodnie z zasadami wskazanymi w § 9.

INDYWIDUALNE KONTO INWESTYCYJNE - IKE

§ 9

1. Na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa:
 - 1) nabywane za środki pochodzące ze składek wpłaconych przez oszczędzającego, przy czym wysokość środków, za które nabywane są jednostki uczestnictwa ewidencjonowane na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE w danym roku kalendarzowym nie może przekroczyć kwoty maksymalnej wysokości wpłat na IKE określonej w ust. 3 poniżej,
 - 2) nabywane za środki pochodzące z wypłat transferowych z IKE.
2. Oszczędzający ma prawo do zwolnienia podatkowego w odniesieniu do środków zgromadzonych na IKE w trybie i na zasadach określonych w przepisach o podatku dochodowym od osób fizycznych wówczas, gdy na podstawie pisemnej umowy o prowadzenie IKE jednocześnie gromadzi oszczędności tylko na jednym IKE, przy czym warunek gromadzenia oszczędności tylko na jednym IKE nie ma zastosowania, gdy przepisy Ustawy przewidują możliwość gromadzenia oszczędności na więcej niż jednym IKE.
3. Maksymalna wysokość wpłat na IKE ustalana jest według następujących zasad:
 - 1) wpłaty dokonywane na IKE w roku kalendarzowym nie mogą przekroczyć kwoty odpowiadającej półtorakrotności prognozowanego przeciętnego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej na dany rok, określonego w ustawie budżetowej lub ustawie o przewidywanym budżecie;
 - 2) jeżeli do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE brak jest podstaw, o których mowa w pkt. 1, do ustalenia przeciętnego prognozowanego wynagrodzenia miesięcznego w gospodarce narodowej, jako podstawę do ustalenia kwoty, o której mowa w pkt. 1, przyjmuje się przeciętne miesięczne wynagrodzenie z trzeciego kwartału roku poprzedniego;
 - 3) Minister właściwy do spraw zabezpieczenia społecznego ogłasza w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” do końca roku kalendarzowego poprzedzającego rok, w którym będą dokonywane wpłaty na IKE, w drodze obwieszczenia, wysokość kwoty, o której mowa w pkt. 1.
4. W przypadku gdy suma wpłat na poczet umowy o prowadzenie IKE, dokonanych w danym roku kalendarzowym przekracza wysokość maksymalnej kwoty na IKE, o której mowa

w ust. 3 wówczas nadwyżka automatycznie zaliczana jest na poczet wpłat z tytułu umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem § 10 ust. 6 OWU.

§ 10

1. Z każdej wpłaconej składki na poczet umowy o prowadzenie IKE, przed przeliczeniem jej na jednostki uczestnictwa potrącana jest opłata w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w tabeli opłat stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków.
2. Pozostała część składki, po potrąceniu opłaty, o której mowa w ust. 1 przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnym koncie inwestycyjnym IKE lokowanych w Funduszach i Planach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez oszczędzającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
3. Środki pochodzące z wypłat transferowych z IKE w całości lokowane są w Funduszach i Planach, zgodnie z aktualnie obowiązującym w odniesieniu do składek podziałem procentowym wskazanym przez oszczędzającego.
4. W przypadku braku wskazania Funduszy i Planów, w które lokowane mają być kolejne składki i środki pochodzące z wypłat transferowych z IKE, ubezpieczyciel lokuje je w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
5. Oszczędzający może w dowolnym terminie zmienić podział procentowy każdej następnej wpłaconej składki w poszczególnych Funduszach i Planach, nie częściej jednak niż 2 razy w danym roku obowiązywania umowy o prowadzenie IKE.
6. Oszczędzający może w dowolnym terminie dokonać konwersji jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami, nie częściej jednak niż raz w danym roku obowiązywania umowy o prowadzenie IKE.
7. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, pod rygorem nieważności.
8. Przy dokonywaniu konwersji stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, pod rygorem nieważności.
9. Ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających konwersji oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu i Planu, z którego dokonano konwersji, w tabeli opłat, stanowiącej załącznik do niniejszych Warunków.

AKTYWA FUNDUSZY I PLANÓW, OPŁATY

§ 11

1. Środki Funduszy i Planów lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszy i Planów ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszy i Planów, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszy i Planów powiększana jest z tytułu wpłat składek, wypłat transferowych z IKE oraz przychodów z lokat środków Funduszy i Planów z zastrzeżeniem § 10 ust. 1.
4. Wartość aktywów Funduszy i Planów pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie § 13.
5. Wartość aktywów Funduszy i Planów pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami

i Planami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik nr 1 do niniejszych Warunków.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 12

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy i Planów, 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 bądź Planu 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 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 na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez ubezpieczyciela potwierdzenia wpłaty składki. Zasada powyższa ma odpowiednie zastosowanie także do nabywania jednostek uczestnictwa za środki pochodzące z wypłat transferowych z IKE.
6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
7. Ubezpieczyciel powiadamia oszczędzającego o aktualnej cenie jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości wszystkich zgromadzonych środków zaewidencjonowanych na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE nie rzadziej niż raz na rok. Informacja powyższa sporządzana jest w formie pisemnej i doręczana oszczędzającemu listem poleconym na wskazany przez niego adres do korespondencji.

WYPŁATA, WYPŁATA TRANSFEROWA I ZWROT ŚRODKÓW ZGROMADZONYCH NA INDYWIDUALNYM KONCIE INWESTYCYJNYM – IKE

§ 13

1. Ubezpieczyciel dokona wypłaty środków zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE w poniższych przypadkach, z zastrzeżeniem ust. 2:
 - 1) po ukończeniu 60 lat lub nabyciu uprawnień emerytalnych i ukończeniu 55 lat przez oszczędzającego oraz spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 5 dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat na IKE nie później niż na 5 lat przed dniem złożenia wniosku o dokonanie wypłaty – na wniosek oszczędzającego,
 - 2) w przypadku zgonu oszczędzającego – na wniosek osoby uprawnionej.
2. Wypłata środków zgromadzonych przez oszczędzającego na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE:
 - 1) oszczędzającym urodzonym do dnia 31 grudnia 1945 r. następuje na wniosek oszczędzającemu po spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na indywidualne konto inwestycyjne – IKE co najmniej

- w 3 dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat na IKE nie później niż na 3 lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty;
 - 2) oszczędzającym urodzonym w okresie między 1 stycznia 1946 r. a 31 grudnia 1948 r. następuje na wniosek oszczędzającego po osiągnięciu przez niego wieku 60 lat bądź nabyciu wcześniejszych uprawnień emerytalnych oraz spełnieniu warunku:
 - a) dokonywania wpłat na IKE co najmniej w 4 dowolnych latach kalendarzowych albo
 - b) dokonania ponad połowy wartości wpłat na IKE nie później niż na 4 lata przed dniem złożenia przez oszczędzającego wniosku o dokonanie wypłaty.
- 3. Przez dokonywanie wpłat na indywidualne konto emerytalne – IKE, o którym mowa w ust. 1 i 2, rozumie się także dokonywanie wpłat na IKE, jeżeli środki z tego IKE zostały przeniesione w wyniku wypłaty transferowej z IKE na indywidualne konto emerytalne – IKE.
- 4. W przypadkach określonych w ust. 1-2 ubezpieczyciel wypłaca oszczędzającemu lub osobie uprawnionej wartość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE.
- 5. Wypłaty transferowe środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE będą dokonywane przez ubezpieczyciela:
 - a) do innej instytucji finansowej, z którą oszczędzający zawarł umowę o prowadzenie IKE albo
 - b) do programu emerytalnego, do którego przystąpił oszczędzający albo
 - c) na IKE osoby uprawnionej albo do programu emerytalnego, do którego osoba uprawniona przystąpiła – w przypadku zgonu oszczędzającego.
- 6. Zwrot środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE następuje w razie wypowiedzenia umowy o prowadzenie IKE przez którąkolwiek ze stron, jeżeli nie zachodzą przesłanki do wypłaty lub wypłaty transferowej. Na równi z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE traktowane jest wypowiedzenie umowy ubezpieczenia.
- 7. Środki zgromadzone na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE mogą być obciążone zastawem. Zaspokojenie wierzytelności zabezpieczonej zastawem ze środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE traktowane jest jako zwrot; w takim przypadku środki pozostałe na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE są przekazywane oszczędzającemu w formie zwrotu.

SPOSÓB REALIZACJI WYPŁAT Z IKE

§ 14

1. Wypłata środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE zostanie zrealizowana przez ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia złożenia wniosku przez oszczędzającego lub osobę uprawnioną do dokonania wypłaty, z uwzględnieniem ust. 2 i 3, chyba, że osoby uprawnione zażądają wypłaty w terminie późniejszym.
2. Przed dokonaniem zwrotu oszczędzający obowiązany jest do poinformowania ubezpieczyciela o właściwym dla podatku dochodowego dla osób fizycznych oszczędzającego naczelniku urzędu skarbowego oraz w przypadku wypłaty do przedstawienia decyzji organu rentowego o przyznaniu prawa do emerytury - jeżeli oszczędzający nie ukończył 60 roku życia. Niedopełnienie powyższych obowiązków spowoduje, że ubezpieczyciel nie dokona wypłaty lub zwrotu.
3. Wraz z wnioskiem o wypłatę lub wypłatę transferową osoba uprawniona zobowiązana jest przedłożyć ubezpieczycielowi:
 - 1) akt zgonu oszczędzającego,

- 2) dokument stwierdzający tożsamość,
- 3) inne dokumenty niezbędne dla ustalenia, iż dana osoba jest osobą uprawnioną.
4. Wypłata transferowa zostanie zrealizowana przez ubezpieczyciela w terminie 14 dni od dnia złożenia przez oszczędzającego lub osobę uprawnioną wniosku o dokonanie wypłaty transferowej, z uwzględnieniem ust. 3 i 5.
5. Wypłata transferowa dokonywana jest na podstawie wniosku oszczędzającego albo osoby uprawnionej po uprzednim zawarciu umowy o prowadzenie IKE z inną instytucją finansową albo po przystąpieniu do programu emerytalnego i okazaniu ubezpieczycielowi odpowiednio potwierdzenia zawarcia umowy o prowadzenie IKE albo przystąpienia do programu emerytalnego.
6. Złożenie wniosku o zwrot środków jest równoznaczne z wypowiedzeniem umowy o prowadzenie IKE. Zwrot środków następuje przed upływem terminu wypowiedzenia, według dyspozycji oszczędzającego.
7. Przedmiotem wypłaty, wypłaty transferowej i zwrotu może być wyłącznie całość środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE.
8. Każda z osób uprawnionych do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym – IKE zmarłego, może dokonać wypłaty transferowej na swoje IKE lub do programu emerytalnego, do którego przystąpiła, wyłącznie całości przysługujących jej środków.
9. Wypłata, wypłata transferowa oraz zwrot są dokonywane w formie pieniężnej.
10. Przy ustalaniu wartości wypłaty, wypłaty transferowej ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE z następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela wniosku o wypłatę lub wypłatę transferową.
11. Przy ustalaniu wartości zwrotu ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE:
 - a) z następnego dnia po doręczeniu do siedziby ubezpieczyciela wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, bądź umowy o prowadzenie IKE,
 - b) z następnego dnia po dacie, o której mowa w § 10 ust. 4 OWU. –
12. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po doręczeniu ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę, wypłatę transferową lub zwrot wraz z wymaganymi dokumentami, z zachowaniem terminów wypłaty, o których mowa w ust. 1, 4 i 6 z zastrzeżeniem ust. 11 pkt b).
13. W przypadku, gdy na indywidualne konto inwestycyjne - IKE oszczędzającego ubezpieczyciel przyjął wypłatę transferową z programu emerytalnego, ubezpieczyciel przed dokonaniem zwrotu, w ciągu 7 dni, licząc od dnia złożenia przez oszczędzającego wypowiedzenia, a w przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela na warunkach określonych w § 10 ust. 1 pkt. 6 OWU, licząc od dnia wskazanego w § 10 ust. 4 OWU, przekazuje na rachunek bankowy wskazany przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych 30% sumy składek podstawowych wpłaconych do programu emerytalnego po dniu wejścia w życie ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o pracowniczych programach emerytalnych.
14. Zwrotowi podlegają środki zgromadzone na indywidualnym koncie inwestycyjnym - IKE pomniejszone o należny podatek, a w przypadku wskazanym w ust. 12 – także o kwotę wskazaną w ust. 13.
15. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub umowy o prowadzenie IKE przez oszczędzającego jest on obowiązany do złożenia oświadczenia o zapoznaniu się z konsekwencjami zwrotu, o których mowa w ust. 14.

16. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela na warunkach określonych w § 10 ust. 1 pkt 6 OWU, poinformuje on na 90 dni przed rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, oszczędzającego o konsekwencjach zwrotu środków, o których mowa w ust. 13 oraz o możliwości dokonania wypłaty transferowej na IKE w innej instytucji finansowej.
17. Zwrot środków zgromadzonych na rachunku IKE powinien nastąpić przed upływem rozwiązania umowy o prowadzenie IKE.
18. W przypadku likwidacji indywidualnego konta inwestycyjnego - IKE, tj. wypłaty, wypłaty transferowej lub zwrotu wartości wszystkich środków zgromadzonych na tym koncie przed upływem terminu na jaki umowa o prowadzenie IKE została zawarta, umowa o prowadzenie IKE ulega rozwiązaniu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 15

1. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowią Załącznik nr 1 do Warunków.
2. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy prowadzenie IKE, a także zasady ich pobierania, w zakresie nie uregulowanym w niniejszych Warunkach, określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do Warunków.
3. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych Warunkach mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Dodatkowe Ogólne Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TunŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych **Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**

§ 1

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

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW INWESTYCYJNYCH

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany Inwestycyjne (zwane dalej Planami), stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planu część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

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 Bezpiecznego 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:
 - 1) 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;
 - 2) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń 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:
 - 1) 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.
 - 2) 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 od 0% do 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 Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego 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 Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, 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 Stabilny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego 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 Stabilnego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, 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. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Dynamiczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego
3. Aktywa Funduszu KBC Dynamiczny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa BETA Specjalistycznego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty Fundusz 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.
5. Modelowa struktura aktywów Funduszu BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: 75 % wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 50% aktywów.

6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez 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.
7. 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 Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 4.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PIENIĘŻNY

§ 9

1. Celem Funduszu KBC Pieniężny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Pieniężny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
3. Aktywa KBC Pieniężny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są głównie w:
 - 1) instrumenty finansowe rynku pieniężnego (przede wszystkim bony pieniężne i obligacje), których okres do terminu wykupu lub okres odsetkowy jest nie dłuższy niż rok – do 100 %, nie mniej niż 70 % aktywów funduszu,
 - 2) jednostki uczestnictwa w krajowych funduszach inwestycyjnych otwartych i tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą - do 5 % wartości aktywów funduszu,
 - 3) prawa pochodne z praw majątkowych będące przedmiotem lokat oraz transakcje terminowe – wyłącznie dla ograniczenia ryzyka inwestycyjnego i przy uwzględnieniu celu inwestycyjnego funduszu.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Pieniężny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Pieniężny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Pieniężny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKTYWNY

§ 10

1. Celem Funduszu KBC Aktywny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Aktywny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Aktywny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
3. Aktywa KBC Aktywny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są w:
 - 1) akcje – od 30 % do 70% wartości aktywów funduszu,
 - 2) dłużne papiery wartościowe – do 70% wartości aktywów funduszu,
 - 3) jednostki uczestnictwa w krajowych funduszach inwestycyjnych otwartych i tytułach uczestnictwa emitowanych przez instytucje wspólnego inwestowania mające siedzibę za granicą - do 5% wartości aktywów funduszu,
 - 4) prawa pochodne z praw majątkowych będące przedmiotem lokat oraz transakcje terminowe – wyłącznie dla ograniczenia ryzyka inwestycyjnego i przy uwzględnieniu celu inwestycyjnego funduszu.

4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Aktywny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Aktywny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Aktywny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCYJNY

§ 11

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcyjny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcyjny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa Funduszu KBC Akcyjny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w akcje oraz krótkoterminowe papiery dłużne. 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.
5. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC Akcyjny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego. przedstawia się w sposób następujący: do 100 % wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 75% wartości Aktywów Netto Funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Akcyjny 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.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcyjny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcyjny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Akcyjny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 4 i ust 5.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCJI MAŁYCH I ŚREDNICH SPÓTEK

§ 12

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa KBC Akcji Małych i Średnich Spółek inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Akcji Małych i Średnich Spółek Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. KBC Akcji Małych i Średnich Spółek Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w akcje, głównie Małych i Średnich Spółek charakteryzujących się dobrą sytuacją fundamentalną lub silnym niedowartościowaniem oraz w inne papiery wartościowe między innymi dłużne instrumenty finansowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski i inne podmioty o wysokiej według oceny funduszu zdolności kredytowej oraz inne instrumenty finansowe lub

instrumenty rynku pieniężnego. 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.

5. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: do 100% wartości aktywów lokowanych jest w akcje, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 70% wartości Aktywów Netto Funduszu oraz udział akcji Małych i Średnich Spółek nie może być niższy niż 60% wartości Aktywów Netto Funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Akcji Małych i Średnich Spółek 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.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Akcji Małych i Średnich Spółek Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 4 i ust 5.

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

§ 13

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.

CHARAKTERYSTYKA PLANU DEFENSYWNEGO

§ 14

1. Celem Planu Defensywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Defensywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych i dłużnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty i KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Defensywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Defensywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a. 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty
 - b. 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 10% - 100%, natomiast

zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 0% - 90%.

6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Defensywnego, przy czym charakterystyka Planu Defensywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i ust.5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU STABILNEGO

§ 15

1. Celem Planu Stabilnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Stabilnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty oraz KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Stabilnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Stabilnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - c) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchylenia od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 35% - 85%, a zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 15% - 45%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Stabilnego, przy czym charakterystyka Planu Stabilnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i ust.5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 16

1. Celem Planu Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty oraz KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Zrównoważonego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

4. Modelowa struktura aktywów Planu Zrównoważonego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - b) 45% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - c) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 20% - 70%, a zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 30% - 70%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Planu Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i ust.5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU DYNAMICZNEGO

§ 17

1. Celem Planu Dynamicznego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Dynamicznego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty oraz KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - b) 20% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty,
 - c) 75% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Pieniężny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, a zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Akcyjny Fundusz Inwestycyjny Otwarty może zmieniać się w zakresie 50% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dynamicznego, przy czym charakterystyka Planu Dynamicznego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i ust.5.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY I PLANÓW

§ 18

1. Zasady wyceny lokat Funduszy i Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń 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 i Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 19

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

§ 20

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

§ 21

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 278/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 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

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepoohamowany 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:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) 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 przezskórnej 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 miększu 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 186/2005 Zarządu WARTY VITA" S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 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) ślepota,
- 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

§ 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:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) 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.

NIETYDOLNOŚĆ 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 czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za utratę 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. Ślepotą 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 nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 184/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

KATALOG OPERACJI WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA
 - a) przepukliny nabyte (2)*
 - b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)
2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
 - a) operacje przełyku (5)
 - b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
 - c) resekcja żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (4)
 - całkowita resekcja żołądka (5)
 - d) operacje jelit (4)
 - e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
 - f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 9b)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
 - g) operacje wątroby (5)
 - h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (3)
 - 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 wyluszczeniem w stawie (5)
 - e) amputacja prosta sutka/ów (3)
 - f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)
4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ
 - a) operacje płuca (5)
5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU
 - 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 (3)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
 - c) operacje nosa
 - wewnątrznosowa operacja zatok (3)
 - zewnątrznosowa operacja zatok (4)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (2)
6. 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)

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO
 - a) operacje nerki, dróg moczowych (4)
 - b) operacje prostaty (3)
 - c) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - macicy (4)
 - d) operacje męskich narządów płciowych (2)
8. 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)
9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO
 - a) operacje tętnic (5)
 - b) operacje żył, żyłaki odbytu (2)
10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE
 - a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
 - b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
 - c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
 - d) wycięcie tętniaka serca (5)
 - e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)
11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE
 - a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
 - b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)
12. OPERACJE TARCZYCY (4)
13. PRZESZCZEPY
 - a) przeszczep serca (5)
 - b) przeszczep wątroby (5)
 - c) przeszczep nerki (5)
 - d) przeszczep innych narządów (4)

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

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 187/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie „ŻYCIOWY PLAN” (obowiązująca od dnia 01 maja 2012 r.)

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹	Tryb pobierania				
1. Administracyjna	7,32 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie z wartości polisy kwoty odpowiadającej kwocie opłaty.				
2. Manipulacyjna wpłat składek 1) w Programie 1 wysokość wpłaty zł, a) do 999,99 b) 1 000-4 999,99 c) 5 000-9 999,99 d) 10 000-49 999,99 e) od 50 000 2) w Programie 2 wysokość wpłaty zł, a) do 999,99 b) 1 000-4 999,99 c) 5 000-9 999,99 d) 10 000-49 999,99 e) od 50 000	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="467 1111 738 1294">W pierwszym roku 25% 20% 15% 10% 5%</td> <td data-bbox="467 925 738 1111">W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%</td> </tr> <tr> <td data-bbox="595 1111 738 1294">W pierwszym roku 50% 40% 30% 20% 10%</td> <td data-bbox="595 925 738 1111">W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%</td> </tr> </table>	W pierwszym roku 25% 20% 15% 10% 5%	W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%	W pierwszym roku 50% 40% 30% 20% 10%	W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%	Od inkasa składki.
W pierwszym roku 25% 20% 15% 10% 5%	W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%					
W pierwszym roku 50% 40% 30% 20% 10%	W latach kolejnych 5% 4% 3% 2% 1%					
3. Wykupy, częściowe i całkowite 1) w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia 2) w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia 3) w trzecim roku trwania umowy ubezpieczenia 4) w czwartym roku trwania umowy ubezpieczenia 5) w piątym roku trwania umowy ubezpieczenia 6) od szóstego do ósmego roku trwania umowy ubezpieczenia 7) od dziewiątego roku trwania umowy ubezpieczenia	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="770 1088 962 1294">10% 7% 5% 3% 2% 1%</td> <td data-bbox="770 925 962 1088">bez opłat</td> </tr> </table>	10% 7% 5% 3% 2% 1%	bez opłat	Od wypłacanej kwoty.		
10% 7% 5% 3% 2% 1%	bez opłat					
Rodzaj wskaźnika MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK Deklarowana składka Minimalna wpłata Wysokość składki w Programie 1 Minimalna kwota wykupu częściowego Minimalna wartość polisy pozostająca na indywidualnym koncie polisowym po dokonaniu wykupu częściowego Minimalna suma ubezpieczenia	Wysokość wskaźnika 100 zł 100 zł 100 zł 500 zł 2 000 zł 10 000 zł					

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
Minimalna kwota, o którą można podwyższyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł*
Minimalna kwota, o którą można obniżyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł**
Maksymalna kwota świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w Programie 1	100 000 zł
Minimalna wartość polisy do przyznania udziału w zysku na koniec roku kalendarzowego	10 000 zł
Minimalna wysokość wpłat za dany rok kalendarzowy wymagana do przyznania udziału w zysku	1 200 zł
Kwota bazowa	od 2 000 zł do 10 000 zł

* W przypadku, gdy suma ubezpieczenia podwyższona o 5 000 zł przekracza górny limit sumy ubezpieczenia, podwyższenie może być dokonane jedynie do wysokości górnego limitu sumy ubezpieczenia. W przypadku podwyższenia, o którym mowa w §8 ust. 1 pkt 1) OWU, jeżeli 30% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem stanowi kwotę niższą niż 5 000 zł, to podwyższenie może być dokonane jedynie do niższej z kwot: 130% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem oraz górny limit sumy ubezpieczenia.

** W przypadku, gdy suma ubezpieczenia obniżona o 5 000 zł wynosi mniej niż minimalny poziom sumy ubezpieczenia, obniżenie może być dokonane jedynie do wysokości minimalnego poziomu sumy ubezpieczenia.

† Na podstawie art.18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku 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 :

- wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw lub
- wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,

w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 62/2012 Zarządu TUUnZ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 1 maja 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Programu z Funduszem IKE WARTA

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
1. Manipulacyjna wpłat składek	4%	Od inkasa składek
2. Manipulacyjna przy zwrocie składek	15 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie ze zwracanej składki

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
Minimalna składka	100 zł
Minimalna pierwsza wpłata	150 zł
Minimalna wartość uczestnictwa podlegająca konwersji	100 zł
Minimalna wartość uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano konwersji	100 zł

Ubezpieczyciel może podwyższyć opłaty proporcjonalnie do wzrostu obciążeń finansowych ubezpieczyciela wynikających z przepisów prawa.

Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku 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 :

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

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 271/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 29 października 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski