

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne - INTERNET

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń, z ubezpieczającymi.**
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może być nim jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 6) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 10) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesięcy kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 11) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów zakładu ubezpieczeń,
 - 12) **składka regularna** – składkę płatną w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia,
 - 13) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie w zakładzie ubezpieczeń,
 - 14) **alokacja składki** – procent, ustalony w umowie ubezpieczenia, określający jaka część składki regularnej i składki doraźnej przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
 - 15) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
 - 16) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
 - 17) **wartość wykupu** – kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
 - 18) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 24,
 - 19) **wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
 - 20) **dotatkowa wartość polisy** - kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki doraźne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
 - 21) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług,
 - 22) **minimalna wartość polisy** – kwotę ustalaną okresowo przez zakład ubezpieczeń,
 - 23) **reklamacja** – kwestionowanie przez bank wystawcę karty, lub inny podmiot wystawiający karty płatnicze autentyczności lub prawidłowości przeprowadzonej transakcji przy użyciu kart płatniczych, z wyłączeniem nieprawidłowości rozliczeń pomiędzy firmą dokonującą autoryzację płatności kartą płatniczą a bankiem.

- 24) **rozliczenie transakcji** – dokonanie – na zasadach wynikających z umowy pomiędzy zakładem ubezpieczeń a podmiotem dokonującym autoryzacji płatności kartą płatniczą – ostatecznej akceptacji rozliczenia transakcji dokonywanej pomiędzy ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń za pośrednictwem podmiotu dokonującego autoryzacji płatności kartą płatniczą,
- 25) **autoryzacja** - sprawdzenie dostępności wymaganych dla realizacji danego zlecenia środków finansowych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - a) zgonu ubezpieczonego,
 - b) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia odpowiada wysokości wpłaconych składek regularnych.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu udostępnionym przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust.4 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w §2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia podpisanej przez ubezpieczającego polisy w terminie 14 dni licząc od daty jej otrzymania. Podpisana polisa powinna być odesłana do zakładu ubezpieczeń listem poleconym lub dostarczona bezpośrednio do siedziby zakładu ubezpieczeń. Nie doręczenie podpisanej polisy przez ubezpieczającego wraz z dokumentami wskazanymi przez zakład ubezpieczeń listem poleconym lub bezpośrednio do siedziby zakładu ubezpieczeń w powyższym terminie traktuje się jako odmowę zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz:
 - 1) dowodu wpłaty pierwszej składki w wysokości określonej przez zakład ubezpieczeń - w przypadku płatności dokonywanej przelewem bankowym bądź przekazem pocztowym, lub
 - 2) rozliczenia transakcji płatności w zakresie dotyczącym opłacenia pierwszej składki regularnej w wysokości określonej przez zakład ubezpieczeń - w przypadku płatności dokonywanej kartą płatniczą.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka regularna może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę regularną najpóźniej w dniu przesłania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki regularnej.

6. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń kwotę w wysokości wszystkich zaległych składek regularnych, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń kwoty w wysokości wszystkich zaległych składek regularnych:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, następuje wstrzymanie opłacania składek regularnych, o którym mowa w §6.
8. Jeżeli w czasie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nastąpi zgon ubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu wartość wykupu, na zasadach określonych w § 24.
9. Zawieszenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 5, ma miejsce w przypadku niezapłacenia składki regularnej w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
10. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 6.
11. Jeżeli w wyniku przeprowadzonego postępowania reklamacyjnego zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany do zwrotu wcześniej otrzymanej kwoty składki, składka, którą zakład ubezpieczeń zobowiązany był zwrócić, traktowana jest jak składka niezapłacona. Zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia brakującej składki regularnej.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 5 – 10, z zastrzeżeniem, iż termin właściwy dla wpłaty zakładowi ubezpieczeń kwoty w wysokości wszystkich zaległych składek pod rygorem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6 i ust. 7, wynosi 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania zakładu ubezpieczeń do uzupełnienia składki.

WSTRZYMANIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 6

1. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do wstrzymania opłacania składek regularnych od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia do zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Warunkiem wstrzymania opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie do zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.
2. Wstrzymanie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa w § 17.
3. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych ubezpieczający może dokonywać wpłat składek doraźnych, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej aktualnie obowiązująca w zakładzie ubezpieczeń.
4. Ubezpieczający może wznowić opłacanie składek regularnych w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, po wcześniejszym doręczeniu odpowiedniego wniosku do siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust.4, następuje z kolejnym terminem płatności składki przypadającym po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.

INDEKSACJA

§ 7

1. W każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem postanowień § 8, składka regularna podlega indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Indeksacja składki regularnej, o której mowa w ust.1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki regularnej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 4, ust. 5 i ust.8.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna obowiązuje od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, wysokość składki regularnej nie ulega zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki regularnej z tytułu umowy, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust.1.

6. Wznowienie indeksacji składki regularnej, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust.4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręzonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki regularnej od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust.3, może wnioskować o indeksację składki regularnej w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń.
8. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6, zawieszeniu ulega indeksacja.

§ 9

1. Niezależnie od indeksacji, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę wysokości składki regularnej na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust.2.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o obniżenie wysokości składki regularnej, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek regularnych, nie wcześniej niż po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, przy czym wysokość składki regularnej nie może być niższa niż minimalna składka regularna ustalona dla wieku ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku zmiany wysokości składki regularnej, o której mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczający.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, w zakresie zdarzeń, o których mowa w §2 ust.2, rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki regularnej w wysokości wskazanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej - na zasadach określonych w § 5 ust. 7 i ust. 12,
- 4) zgonu ubezpieczonego, z dniem wypłaty świadczenia z tytułu zgonu,
- 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 24 ust. 1 – z dniem doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia,
- 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 17 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego.

§ 12

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.

§ 13

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. Przy zwrocie składki potrącone zostają opłaty manipulacyjne.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest wypłacić świadczenie oraz minął 1 rok obowiązywania umowy ubezpieczenia. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca w terminie 30 dni od daty rozwiązania umowy ubezpieczenia. Przy ustalaniu wartości wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki regularnej za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 14

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) zarażeniem się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił w ciągu pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 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) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust.1 następuje na wniosek uprawnionego; w terminie i na zasadach określonych w § 24.

FUNDUSZE

§ 15

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą składki regularne i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek regularnych i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne i składki doraźne, z zastrzeżeniem § 16.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne.

§ 16

1. Składki regularne oraz składki doraźne w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. Alokacja składki wskazywana jest przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Zrównoważonym. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach, nie wcześniej jednak niż po upływie 6 miesięcy obowiązywania umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami, nie wcześniej jednak niż po upływie 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
5. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez zakład ubezpieczeń.
6. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
7. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę zakładu ubezpieczeń, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
8. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
9. Zakład ubezpieczeń określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu.

AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

§ 17

1. Środki Funduszy lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej, w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia bezpieczeństwa i rentowności lokat przy jednoczesnym zachowaniu płynności środków.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu wpłat składek regularnych i składek doraźnych oraz przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie § 20 i § 24, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe oraz opłaty wynikające z przepisów podatkowych.
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie każdego ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu.
7. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.
8. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i ust. 7 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 18

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest nie rzadziej niż raz w miesiącu.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez zakład ubezpieczeń w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa nie może być wyższa od ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa o więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
5. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki regularnej lub doraźnej na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak:
 - 1) nie wcześniej niż w następnym dniu, kiedy składka regularna jest należna, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
 - 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki doraźnej.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 19

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 20.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 23 ust. 4–5.

§ 20

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub wartości polisy, z zastrzeżeniem postanowień §21. Ponadto zakład ubezpieczeń wypłaca dodatkową wartość polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jednak nie więcej niż maksymalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień §21.
4. Świadczenie, o którym mowa w ust.3, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
5. W każdą 5 rocznicę polisy zakład ubezpieczeń powiększa wartość polisy o 2% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia. Zwiększenie polega na dodaniu odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa do każdego z Funduszy proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu.
6. Średnia wartość polisy, o której mowa w ust.5, obliczana jest jako średnia arytmetyczna z wartości polisy w każdym pierwszym dniu miesiąca polisowego w okresie 5 lat.

§ 21

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, pod warunkiem przekazania danych osoby uprawnionej wskazanych przez zakład ubezpieczeń. Wypłatę świadczenia zakład ubezpieczeń może uzależnić od zobowiązania się osoby uprawnionej do zwrotu otrzymanego świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 7 oraz doręczenia zakładowi ubezpieczeń innych wskazanych przez niego dokumentów, niezbędnych dla uzyskania zwrotu nienależnego świadczenia
2. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 - 8.
3. Wypłata świadczenia nastąpi po sprawdzeniu przez zakład ubezpieczeń czy nie zostało wszczęte postępowanie reklamacyjne w stosunku do danego ubezpieczonego.
4. Świadczenie, nie zostanie wypłacone do czasu zakończenia postępowania reklamacyjnego, wszczętego w stosunku do danego ubezpieczonego.
5. Świadczenie nie jest należne, jeżeli w wyniku przeprowadzonego postępowania reklamacyjnego, wszczętego po dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany do zwrotu wcześniej otrzymanej kwoty składki regularnej.
6. W przypadku, o którym mowa w ust. 5, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia, ale zwraca ubezpieczającemu lub jego spadkobiercom kwotę stanowiącą równowartość nominalnej wysokości składek regularnych wpłaconych po terminie wpłaty składki regularnej, która podlega zwrotowi.
7. Jeżeli świadczenie zostało już wypłacone, a zachodzą okoliczności określone w ust. 5, osoba, której świadczenie zostało wypłacone zobowiązana jest do jego zwrotu. W takim przypadku zakład ubezpieczeń zwraca ubezpieczającemu lub jego spadkobiercom kwotę stanowiącą równowartość nominalnej wysokości składek regularnych wpłaconych po terminie wpłaty składki, która podlega zwrotowi, pod warunkiem otrzymania zwrotu świadczenia.
8. Gdyby w terminie wskazanym w ust. 2 wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od daty wyjaśnienia tych okoliczności.
9. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń przed sądem właściwym dla siedziby zakładu ubezpieczeń.
10. Zakład ubezpieczeń w ciągu trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia może odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia lub odmówić wypłaty świadczenia w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, które spowodowałyby większe ryzyko ubezpieczeniowe.
11. 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.
12. Wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia pomniejszane są przez zakład ubezpieczeń o zaległości z tytułu opłacania składek regularnych wraz z należnymi odsetkami.

§ 22

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.

2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 23 ust. 2-4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od 14 dnia po otrzymaniu wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 23

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% świadczenia, przyjmuje się, że udziały uprawnionych w świadczeniu są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 24

1. Ubezpieczający po upływie 1 roku obowiązywania umowy ubezpieczenia, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia.
2. W okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia wartość wykupu równa jest dodatkowej wartości polisy pomniejszonej o opłatę likwidacyjną.
3. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych wymagalnych w okresie, o którym mowa powyżej, wartość wykupu równa jest sumie wartości polisy i dodatkowej wartości polisy pomniejszonych o opłatę likwidacyjną.
4. Ubezpieczający, po upływie 1 roku trwania umowy ubezpieczenia, ma prawo dokonać częściowego wykupu w wysokości nie większej niż dodatkowa wartość polisy. Częściowy wykup powoduje odpowiednie zmniejszenie dodatkowej wartości polisy i może być dokonany nie częściej niż raz w roku polisowym.
5. Przy ustalaniu wartości wykupu i wartości częściowego wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
6. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup.
7. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust.4-6, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

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

§ 26

1. Zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z umową ubezpieczenia, powinny być przekazywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem ust.2.
2. Jeżeli ubezpieczający zawarł z zakładem ubezpieczeń umowę dotyczącą składania wniosków za pośrednictwem internetu, wnioski i oświadczenia, których formularze są udostępnione przez zakład ubezpieczeń na jego stronie internetowej, składane przez ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia, a także zawiadomienia zakładu ubezpieczeń składane w związku z umową ubezpieczenia, mogą być przesyłane w postaci elektronicznej przy wykorzystaniu łączności internetowej, na zasadach określonych w ww. umowie zawartej z zakładem ubezpieczeń.

3. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 27

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Zasady Działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.

§ 28

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

§ 29

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dziennik Ustaw Nr 59, poz.344 z późniejszymi zmianami).

§ 30

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 380/2001 Zarządu „WARTY VITA” S. A. z dnia 31 października 2001 roku i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2001 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzył