

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **ubezpieczycielem**, z **ubezpieczającymi**, za pośrednictwem Kredyt Banku S.A., zwanego dalej **Pośrednikiem**.
- Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 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,
 - dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załącznik do OWU,
 - Tabela opłat** – Tabela opłat do PROFIT PLAN Ubezpieczenia Inwestycyjnego stanowiąca załącznik do OWU,
 - certyfikat ubezpieczenia** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - świadczenie ubezpieczyciela** - sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - rocznica ubezpieczenia** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia, 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,
 - rok ubezpieczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia,
 - miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący

kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,

- Plan inwestycyjny** (zwany dalej Planem) – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Plan inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- Składka jednorazowa** – składkę w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia, płaconą najpóźniej w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki jednorazowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat,
- Składka dodatkowa** – składkę płaconą przez ubezpieczającego w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat,
- wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
- wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 20,
- nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Planu.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być także zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
- W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

- Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 równa jest wartości wykupu, określonej w § 20, z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
- Dla ustalenia wartości sumy ubezpieczenia przyjmuje się, że dzień złożenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia przez osobę uprawnioną do ubezpieczyciela jest równoznaczny z dniem złożenia kompletnego wniosku o dokonanie wykupu przez osobę uprawnioną.
- W przypadku zawarcia kilku umów ubezpieczenia na podstawie niniejszych OWU na rzecz danego ubezpieczonego, dzień złożenia do ubezpieczyciela pierwszego wniosku o wypłatę świadczenia, na podstawie którego ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, ma zastosowanie do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu wszystkich umów ubezpieczenia zawartych na rzecz danego ubezpieczonego.
- W przypadku gdy jest więcej niż jedna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z umowy (umów) ubezpieczenia zawartych na podstawie

niniejszych OWU, dzień złożenia pierwszego wniosku o wypłatę świadczenia przez któregokolwiek uprawnionego ma zastosowanie do obliczenia wysokości świadczenia należnego każdemu z uprawnionych z tytułu wszystkich umów ubezpieczenia zawartych na rzecz danego ubezpieczonego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia ukończyła 18 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Osoba, która w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia ukończyła 65 lat, może zostać objęta ochroną ubezpieczeniową wyłącznie w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia ubezpieczającemu certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczyciela, za pośrednictwem Pośrednika.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i doręczonego Pośrednikowi.
6. 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.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki jednorazowej w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia. Wysokość składki jednorazowej nie może być niższa niż minimalna składka określona przez ubezpieczyciela w Tabeli opłat.
2. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę jednorazową najpóźniej w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonywania wpłat składki dodatkowej w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki jednorazowej, w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem określonym w pkt 4),
- 3) zgonu ubezpieczonego - z dniem zgonu,
- 4) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 20 - następnego dnia po doręczeniu do Pośrednika wniosku o wykup ubezpieczenia,
- 5) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 13 za dany miesiąc ubezpieczeniowy, z pierwszym dniem tego miesiąca ubezpieczeniowego.

§ 8

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty podpisania certyfikatu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn. Ubezpieczający składa oświadczenie o wypowiedzeniu umowy u Pośrednika w formie złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 20 ust.2.

§ 9

1. W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia albo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty w wysokości wartości wykupu na zasadach określonych w § 20, na podstawie wniosku o wykup złożonego przez ubezpieczającego do Pośrednika..
2. Wypowiedzenie, wykup albo odstąpienie od umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku poniesienia opłaty administracyjnej, w ramach której pobierana jest opłata za ryzyko, za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot opłaty za ryzyko, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

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.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest ograniczona do

- wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli do zgonu ubezpieczonego przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1 i ust. 2, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia; na potrzeby ustalenia wartości wykupu przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 20.

PLANY INWESTYCYJNE

§ 11

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Planów część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Planów, w który inwestowane będą zarówno składka jednorazowa jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Plany tworzone są ze składek opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki jednorazowa i dodatkowe, z zastrzeżeniem § 12.
5. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki jednorazową i dodatkowe w ramach Planów.

§ 12

1. Każda wpłacona składka przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego. Jednostki uczestnictwa ewidencjonowane są odpowiednio na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
2. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następczej składki dodatkowej w poszczególnych Planach.
3. Pierwsze 12 zmian podziału procentowego i pierwsze 12 transferów jednostek uczestnictwa w roku ubezpieczeniowym są wolne od opłat. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez ubezpieczyciela zgodnie z Tabelą opłat.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do Pośrednika odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, pod rygorem nieważności.
5. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę ubezpieczyciela, jednostek uczestnictwa w Planie, do którego transfer jest dokonywany.
6. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do Pośrednika odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela, pod rygorem nieważności.
7. Ubezpieczyciel określa w Tabeli opłat minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających

transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Planu, z którego dokonano transferu.

8. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w Tabeli opłat.

AKTYWA PLANÓW I OPŁATY

§ 13

1. Środki Planów lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Planu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Planu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Planu powiększana jest z tytułu wpłat składek jednorazowych i dodatkowych oraz przychodów z lokat środków Planu.
4. Wartość aktywów Planu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 16 i § 20, opłatę administracyjną (w ramach, której pobierana jest opłata za ryzyko ubezpieczeniowe) oraz należności wynikające z przepisów podatkowych, o których mowa w umowie ubezpieczenia. W przypadku zawarcia umów dodatkowych aktywa Planu pomniejszane są odpowiednio o opłaty za ryzyko z tytułu tych umów dodatkowych.
5. Opłata administracyjna stanowi sumę opłat należnych za lokowanie środków w każdym Planie, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa. Opłata dla każdego z Planów obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty dotyczącej danego Planu, określonej w Tabeli opłat i wartości jednostek uczestnictwa określonego Planu wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ubezpieczeniowego. Opłata dla danego Planu pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy, poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa tego Planu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest w ramach opłaty administracyjnej dla każdego Planu, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa i wynosi w skali miesiąca ubezpieczeniowego 0,025% wartości jednostek uczestnictwa danego Planu zgromadzonych na koncie inwestycyjnym ubezpieczającego.
7. Opłata, o której mowa w ust. 5 pobierana jest w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 14

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Planów, w celu ustalenia ceny jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów Planu przez liczbę jednostek uczestnictwa, według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonana była wycena do dnia, w którym dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
4. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki jednorazowej lub składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak:
 - 1) nie wcześniej niż w następnym dniu po zawarciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem

- wpłacenia składki jednorazowej w pełnej wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
- 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po dacie wpływu składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela.
5. Nabywanie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
 6. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 16.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego, jako uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 19 ust. 3.

§ 16

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości:
 - a) sumy ubezpieczenia powiększonej o 10% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od daty zawarcia umowy ubezpieczenia do ostatniego dnia przed pierwszą rocznicą ubezpieczenia, przypadającą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego,
 - b) sumy ubezpieczenia powiększonej o 1% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia przypadającej po dniu 65 urodzin, do ostatniego dnia przed pierwszą rocznicą ubezpieczenia przypadającą po dniu 75 urodzin ubezpieczonego,
 - c) sumy ubezpieczenia powiększonej o 1% – w przypadku śmierci ubezpieczonego w okresie od dnia pierwszej rocznicy ubezpieczenia przypadającej po dniu 75 urodzin ubezpieczonego,nie więcej jednak niż 100% sumy ubezpieczenia powiększonej o limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia, dotyczący świadczenia z tytułu zgonu.
2. W przypadku powyższego świadczenia limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia równy jest limitowi, określönemu przez ubezpieczyciela w Tabeli opłat, pomnożonemu przez ułamek odpowiadający udziałowi sumy ubezpieczenia z danej umowy ubezpieczenia w wartości wynikającej z dodania do siebie sum ubezpieczenia ze wszystkich umów ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego na podstawie niniejszych OWU.
3. Ubezpieczyciel dokonuje wypłat w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określönym w § 17 i § 20 ust. 2 - 4, przy czym, za dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego przyjmuje się datę wpływu ostatniego dokumentu pozwalającego na zaakceptowanie wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia przez

ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 17 ust. 3.

§ 17

1. Świadczenie, o którym mowa w § 16 ust. 1 wypłacane jest na podstawie złożonego do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku zawarcia na rzecz danego ubezpieczonego kilku umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU uprawniony składa jeden wniosek o wypłatę świadczenia, o którym mowa w ust. 1. Wniosek ten, z uwzględnieniem postanowień § 3 ust. 3 i 4 dotyczy wszystkich umów ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia 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. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku osoby na rzecz której świadczenie jest spełniane – kwotą należnego świadczenia.
5. Gdyby w terminie określönym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 18

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego na formularzu ubezpieczyciela.

4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do Pośrednika wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 19

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. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 20

1. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu lub wykupu częściowego, z zastrzeżeniem iż wykupu częściowego można dokonać maksymalnie dwa razy w roku ubezpieczeniowym.
2. Przy ustalaniu wartości wykupu i wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej następnego dnia po doręczeniu przez uprawnionego do dokonania wykupu wniosku o wykup lub wykup częściowy do Pośrednika.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 4.
4. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu do dokonania wykupu w ciągu 14 dni od dnia doręczenia Pośrednikowi wniosku o wykup.
5. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust. 2, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 22

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania

się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.

3. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku do ubezpieczyciela.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażeń 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 zażenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażeń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
7. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 23

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Zasady Działania Planów Inwestycyjnych stanowią załącznik do OWU.
3. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, a także zasady ich pobierania w zakresie nie uregulowanym w niniejszych OWU, określone są na podstawie Tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 24

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

§ 25

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.

§ 26

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 173/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne (zwanych dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** - 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, 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) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie **Pakietu Wypadkowego** obejmującego następujące ryzyka:
 - zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku i
 - powstanie inwalidztwa ubezpieczonego
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zajścia zdarzeń określonych w Pakiecie Wypadkowym, o których mowa w ust. 1.

§ 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie jednocześnie z zawarciem umowy ubezpieczenia i pod warunkiem, że ubezpieczony nie ukończył 65 roku życia w dniu wystawienia certyfikatu ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza certyfikatem.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej ponownego zawarcia.
5. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty podpisania certyfikatu.
6. Ubezpieczający może wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

8. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pobiera dodatkową opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość dodatkowej opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia określonej przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego w certyfikacie ubezpieczenia i określana jest w Tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
3. Dodatkowa opłata za ryzyko pobierana jest z góry za dany miesiąc ubezpieczeniowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa, zgromadzonych w każdym Planie, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego, o której mowa w § 5 OWU, w terminie wskazanym w § 5 ust. 2 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 7

Dodatkowa suma ubezpieczenia stanowi sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, który uprawniony/ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.

§ 9

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela w ramach Pakietu Wypadkowego:

- 1) z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ubezpieczony
- 2) z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest uprawniony wymieniony w OWU

§ 10

1. 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: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, 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 substancji toksycznych, wyłączając 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 współdziałaniu lub za ich namową.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 173/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne (zwanym dalej OWU).

§ 2

1. Użytych w niniejszych Warunkach określeń 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 certyfikacie;
 - 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) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
 - 5) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 6) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
 - 7) **placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
 - 8) **umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
 - 9) **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;
 - 10) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 11) **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;

- 12) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 13) **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;
- 14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach;
- 15) **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;
- 16) **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;
- 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
- 18) **rok ubezpieczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest 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 certyfikacie.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej ponownego zawarcia.
5. Ubezpieczający może odstąpić od dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty podpisania certyfikatu.
6. Ubezpieczający może wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
7. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.
8. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 4

Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia pobierana jest odpowiednia opłata za ryzyko ubezpieczeniowe, w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w Tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU. Opłata pobierana jest z góry za dany miesiąc ubezpieczeniowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłaty proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Planie, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego, o której mowa w § 5 OWU, w terminie wskazanym w § 5 ust. 2 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1, odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego.

§ 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 pielęgniarki 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 według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

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 według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego

nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

- 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 według wiedzy lekarza Centrum Operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

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 ubezpieczeniowego.
- 3) Wizyta pielęgniarki - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali 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 ubezpieczeniowego.
- 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 ubezpieczeniowego. 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 pielęgniarstwa 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 pielęgniarstwa w łącznym limicie 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku ubezpieczeniowego.
- 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 dołoży 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.
- 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 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 (ubezpieczyciela 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;

§ 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 certyfikatu,
 - 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 zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienia kosztów. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką ponieśli 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 173/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.



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



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

Zasady Działania Planów inwestycyjnych
Załącznik do
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Planów inwestycyjnych (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne.

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA PLANÓW INWESTYCYJNYCH

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Plany inwestycyjne, zwane dalej Planami, stanowiące wydzieloną dla każdego z Planów część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Planów, w który inwestowane będą odpowiednio składka jednorazowa wpłacona przez ubezpieczającego i odpowiednio składki dodatkowe.
3. Plany inwestycyjne tworzone są z odpowiednio jednorazowej składki i dodatkowych składek opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Plan inwestycyjny ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio jednorazowa składka i dodatkowe składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta oraz z zastrzeżeniem postanowień Zasad przewidujących występowanie różnych typów jednostek w ramach jednego Planu.
5. W ramach każdego z Planów inwestycyjnych ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za jednorazową składkę i dodatkowe składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Planów inwestycyjnych prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

CHARAKTERYSTYKA PLANU OSZCZĘDNOŚCIOWEGO

§ 3

1. Celem Planu Oszczędnościowego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Oszczędnościowego inwestowane są w rachunki oszczędnościowe lub depozytowe oraz w depozyty bankowe w Kredyt Banku S.A.
3. Gdyby inwestycja aktywów Planu w instrumenty wymienione w ust. 2, stała się niemożliwa, wówczas aktywa Planu Oszczędnościowego mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) depozyty i rachunki bankowe od 0% do 100%
 - 2) papiery wartościowe emitowane, poręczone lub gwarantowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski oraz organizacje międzynarodowe, których członkiem jest Rzeczpospolita Polska - od 0% do 100%,
 - 3) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 4) jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny od 0% do 100%,
 - 5) jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych od 0% do 100%,

4. W przypadku, gdy złożone w ciągu 14 kolejnych dni dyspozycje ubezpieczających skutkujące umorzeniami jednostek uczestnictwa Planu Oszczędnościowego przekroczą poziom 15% wartości aktywów Planu, wówczas ubezpieczyciel ma prawo zawiesić realizację tych dyspozycji na okres maksymalnie 14 dni. Po okresie zawieszenia realizacji ww. zleceń ubezpieczyciel ma prawo realizować te zlecenia (w dniach określonych przez ubezpieczyciela), w ratach przy zastosowaniu proporcjonalnej redukcji, w okresie maksymalnie 6 miesięcy, w taki sposób, iż w danym dniu wszystkie zlecenia których realizacja została zawieszona, podlegają realizacji w części wynikającej z zastosowania zasady proporcjonalnej redukcji.
5. W przypadku braku możliwości zbycia aktywów Planu, wskutek wystąpienia okoliczności niezależnych od woli ubezpieczyciela, ubezpieczyciel ma prawo zawiesić realizację zleceń (dyspozycji) skutkujących umorzeniem jednostek Planu na okres maksymalnie 14 dni. Po okresie zawieszenia realizacji ww. zleceń ubezpieczyciel ma prawo realizować te zlecenia w ratach przy zastosowaniu proporcjonalnej redukcji, w okresie maksymalnie 6 miesięcy.
6. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Planu Oszczędnościowego w dowolnym czasie. Ubezpieczający są informowani o likwidacji Planu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Planu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Planu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Planu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek Planu Oszczędnościowego poprzez nabywanie jednostek Planu Defensywnego. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Planu ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek Planu Oszczędnościowego do innego Planu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał Plan Oszczędnościowy. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.
7. Z dniem likwidacji Planu, w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach Planu Oszczędnościowego do Planu Defensywnego, przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

CHARAKTERYSTYKA PLANU DEFENSYWNEGO

§ 4

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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny i KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny
 - b) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 10% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych 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

§ 5

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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - c) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 35% - 85%, a zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny 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

§ 6

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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny .
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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - b) 45% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - c) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 20% - 70%, a zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny 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

§ 7

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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
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 Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - b) 20% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - c) 75% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, a zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny 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.

CHARAKTERYSTYKA PLANU AKCYJNEGO

§ 8

1. Celem Planu Akcyjnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Akcyjnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Akcyjnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Akcyjnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 100% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 25%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 25%, a zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 75% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Akcyjnego, przy czym charakterystyka Planu Akcyjnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfunduszu Akcyjnego, wskazanej w ust. 4 i ust.5.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD PLANÓW

§ 9

1. Zasady wyceny lokat Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi w 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 Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 173/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Tabela opłat do PROFIT PLAN Ubezpieczenie Inwestycyjne

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
1. Administracyjna w skali roku: - Plan Oszczędnościowy - Plan Defensywny - Plan Stabilny - Plan Zrównoważony - Plan Dynamiczny - Plan Akcyjny	nie więcej niż 1% 1% 2% 3% 3,5% 4%	Opłata stanowi sumę opłat dla każdego Planu, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa. Opłata dla każdego z Planów obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty dotyczącej danego Planu i wartości jednostek uczestnictwa danego Planu wg stanu na pierwszy dzień miesiąca ubezpieczeniowego. Opłata dla danego Planu pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa tego Planu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
2. Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami - 12 transferów w danym roku ubezpieczeniowym: - każdy kolejny transfer w danym roku ubezpieczeniowym:	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
3. Zmiana podziału procentowego - 12 zmian w danym roku ubezpieczeniowym: - każda kolejna zmiana w danym roku ubezpieczeniowym:	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Planie inwestycyjnym.


Opłaty z tytułu umów dodatkowych	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
Pakiet Wypadkowy: DODATKOWA SUMA UBEZPIECZENIA: 25 000 zł 50 000 zł 75 000 zł 100 000 zł	5 zł 10 zł 15 zł 20 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy zgodnie z § 5 ust. 3 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku.
„WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	2,5 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy zgodnie z § 4 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika	
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK Jednorazowa składka Dodatkowa składka	3 000 zł 300 zł	Jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia Płatna w dowolnym terminie
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi: Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Planu inwestycyjnego, z którego dokonano transferu:	100 zł 100 zł	
Minimalna kwota wykupu częściowego	2 000 zł	Maksymalnie dwa razy w danym roku ubezpieczeniowym.
LIMITY dotyczący świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego:	1) 30 000 zł 2) 3 000 zł 3) 300 zł	1) w sytuacji określonej w § 16 ust. 1 pkt a) OWU 2) w sytuacji określonej w § 16 ust. 1 pkt b) OWU 3) w sytuacji określonej w § 16 ust. 1 pkt c) OWU

¹ 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 173/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.



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



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

Szanowna Pani / Szanowny Panie

Uprzejmie informujemy, w związku z wejściem w życie zmian do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. z 2005 r. nr 183 poz. 1538 z późn. zm.) dalej zwanej „ustawą” implementującej w Polsce postanowienia unijnych regulacji wprowadzających tzw. Dyrektywy MiFID¹, Kredyt Bank S.A. informuje, iż prowadzi działalność w zakresie instrumentów finansowych zgodnie ze standardami określonymi przez wyżej wymienioną ustawę oraz Dyrektywę MiFID.

Głównym celem wprowadzenia Dyrektywy MiFID jest ujednoczenie przepisów, które dotyczą rynków instrumentów finansowych w państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego i w konsekwencji zapewniają Naszym inwestorom wyższy poziom ochrony oraz ujednolicają zasady świadczenia usług przez firmy inwestycyjne na terenie całej Unii Europejskiej.

Jednym z wymogów nałożonych przez Dyrektywę MiFID na instytucje finansowe jest przede wszystkim dokonanie podziału klientów na trzy kategorie klientów, różniących się wiedzą oraz doświadczeniem w dokonywaniu transakcji instrumentami finansowymi i w związku z tym podlegają różnemu poziomowi ochrony.

Zgodnie z Dyrektywą MiFID wszyscy klienci Kredyt Banku S.A. zaklasyfikowani zostali do jednej z poniższych kategorii:

1. klientów detalicznych,
2. klientów profesjonalnych,
3. uprawnionych kontrahentów.

Zgodnie z ustawą, Klienci Banku podlegają ochronie polegającej na:

- przekazywaniu Klientom ściśle określonych informacji,
- badaniu, czy dane usługi lub produkty są odpowiednie dla Klienta,
- stosowaniu w stosunku do Klientów określonych polityk, których treść jest pochodną dokonanej klasyfikacji Klienta,
- wykonywaniu innych obowiązków przewidzianych treścią ustawy.

Szczegółowy zakres ochrony zależy od kategorii Klienta.

Klienci Detaliczni: kategoria klientów objęta najwyższym poziomem ochrony.

Klienci Profesjonalni: ta kategoria Klientów zobowiązana jest przekazać Bankowi mniej informacji aniżeli Klienci detaliczni oraz korzysta z mniejszej ochrony niż Klienci detaliczni.

Uprawnieni kontrahenci: Klienci profesjonalni, którzy działają w sektorze finansowym i co, do których zakłada się, iż posiadają doświadczenie pozwalające im na podejmowanie decyzji inwestycyjnych, w oparciu o ich profil korporacyjny - najniższy poziom ochrony.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad klasyfikowania oraz praw wynikających z poszczególnych kategorii zawarte są w *Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów*, które znajdziecie Państwo na stronie internetowej Kredyt Banku S.A - www.kredytbank.pl.

Kredyt Bank S.A. informuje, iż na podstawie kryteriów zawartych w Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów oraz w oparciu o posiadane dane, został/a/li Pan/Pani/Państwo zaklasyfikowani do kategorii klienta detalicznego.

Na zasadach określonych w *Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów*, mogą Państwo wnioskować o zmianę kategorii klienta. Zmiana kategorii klienta będzie charakteryzować się innym poziomem ochrony.

Regulamin przeciwdziałania konfliktom interesów

Kredyt Bank S.A. wprowadził Regulamin przeciwdziałania konfliktom interesów, mający na celu rozpoznawanie, czy zachodzą okoliczności mogące powodować wystąpienie konfliktu interesów pomiędzy Bankiem i obowiązkiem wobec klienta lub/i pomiędzy Klientami Banku. W Regulaminie przewidziano również procedury oraz wskazano środki, które należy zastosować w celu zarządzania potencjalnymi lub istniejącymi konfliktami interesów.

Bank podejmuje wszystkie możliwe działania w celu przeciwdziałania lub zażegnania konfliktom interesów. Jeśli działania te okażą się niewystarczające dla zażegnania ryzyka przyczyniając się tym samym do wyrządzenia szkody Klientom, wówczas Bank ujawnia występujący konflikt Klientowi na piśmie, tak aby Klient mógł podjąć decyzję czy chce korzystać z usług świadczonych przez Bank w zakresie instrumentów finansowych.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad przeciwdziałania konfliktom interesów są dostępne na naszej stronie internetowej Kredyt Banku S.A www.kredytbank.pl lub na Państwa życzenie zostaną przekazane na piśmie.

¹ Dyrektywa 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 21 kwietnia 2004 roku w sprawie rynków instrumentów finansowych (MiFID) oraz dyrektywa nr 2006/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 kwietnia 2006 roku zmieniająca dyrektywę nr 2004/39/WE w odniesieniu do niektórych terminów. Dyrektywa Komisji 2006/73/WE z 10 sierpnia 2006 roku wprowadzająca środki wykonawcze do dyrektywy 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do wymogów organizacyjnych i warunków prowadzenia działalności przez przedsiębiorstwa inwestycyjne oraz pojęć zdefiniowanych na potrzeby tejże dyrektywy (akt wykonawczy).

Szanowna Pani / Szanowny Panie

Uprzejmie informujemy, w związku z wejściem w życie zmian do ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o obrocie instrumentami finansowymi (Dz. U. z 2005 r. nr 183 poz. 1538 z późn. zm.) dalej zwanej „ustawą” implementującej w Polsce postanowienia unijnych regulacji wprowadzających tzw. Dyrektywy MiFID², Kredyt Bank S.A. informuje, iż prowadzi działalność w zakresie instrumentów finansowych zgodnie ze standardami określonymi przez wyżej wymienioną ustawę oraz Dyrektywę MiFID.

Głównym celem wprowadzenia Dyrektywy MiFID jest ujednoczenie przepisów, które dotyczą rynków instrumentów finansowych w państwach należących do Europejskiego Obszaru Gospodarczego i w konsekwencji zapewniają Naszym inwestorom wyższy poziom ochrony oraz ujednolicają zasady świadczenia usług przez firmy inwestycyjne na terenie całej Unii Europejskiej.

Jednym z wymogów nałożonych przez Dyrektywę MiFID na instytucje finansowe jest przede wszystkim dokonanie podziału klientów na trzy kategorie klientów, różniących się wiedzą oraz doświadczeniem w dokonywaniu transakcji instrumentami finansowymi i w związku z tym podlegają różnemu poziomowi ochrony.

Zgodnie z Dyrektywą MiFID wszyscy klienci Kredyt Banku S.A. zaklasyfikowani zostali do jednej z poniższych kategorii:

1. Klientów detalicznych,
2. Klientów profesjonalnych,
3. uprawnionych kontrahentów.

Zgodnie z ustawą, Klienci Banku podlegają ochronie polegającej na:

- przekazywaniu Klientom ściśle określonych informacji,
- badaniu, czy dane usługi lub produkty są odpowiednie dla Klienta,
- stosowaniu w stosunku do Klientów określonych polityk, których treść jest pochodną dokonanej klasyfikacji Klienta,
- wykonywaniu innych obowiązków przewidzianych treścią ustawy.

Szczegółowy zakres ochrony zależy od kategorii Klienta.

Klienci Detaliczni: kategoria klientów objęta najwyższym poziomem ochrony.

Klienci Profesjonalni: ta kategoria Klientów zobowiązana jest przekazać Bankowi mniej informacji aniżeli Klienci detaliczni oraz korzysta z mniejszej ochrony niż Klienci detaliczni.

Uprawnieni kontrahenci: Klienci profesjonalni, którzy działają w sektorze finansowym i co, do których zakłada się, iż posiadają doświadczenie pozwalające im na podejmowanie decyzji inwestycyjnych, w oparciu o ich profil korporacyjny - najniższy poziom ochrony.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad klasyfikowania oraz praw wynikających z poszczególnych kategorii zawarte są w *Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów*, które znajdziecie Państwo na stronie internetowej Kredyt Banku S.A - www.kredytbank.pl.

Kredyt Bank S.A. informuje, iż na podstawie kryteriów zawartych w Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów oraz w oparciu o posiadane dane, został/a/li Pan/Pani/Państwo zaklasyfikowani do kategorii klienta detalicznego.

Na zasadach określonych w *Warunkach Ogólnych Klasyfikacji Klientów*, mogą Państwo wnioskować o zmianę kategorii klienta. Zmiana kategorii klienta będzie charakteryzować się innym poziomem ochrony.

Regulamin przeciwdziałania konfliktom interesów

Kredyt Bank S.A. wprowadził Regulamin przeciwdziałania konfliktom interesów, mający na celu rozpoznawanie, czy zachodzą okoliczności mogące powodować wystąpienie konfliktu interesów pomiędzy Bankiem i obowiązkiem wobec klienta lub/i pomiędzy Klientami Banku. W Regulaminie przewidziano również procedury oraz wskazano środki, które należy zastosować w celu zarządzania potencjalnymi lub istniejącymi konfliktami interesów.

Bank podejmuje wszystkie możliwe działania w celu przeciwdziałania lub zażegnania konfliktom interesów. Jeśli działania te okażą się niewystarczające dla zażegnania ryzyka przyczyniając się tym samym do wyrządzenia szkody Klientom, wówczas Bank ujawnia występujący konflikt Klientowi na piśmie, tak aby Klient mógł podjąć decyzję czy chce korzystać z usług świadczonych przez Bank w zakresie instrumentów finansowych.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad przeciwdziałania konfliktom interesów są dostępne na naszej stronie internetowej Kredyt Banku S.A www.kredytbank.pl lub na Państwa życzenie zostaną przekazane na piśmie.

Szczegółowe informacje dotyczące zasad przeciwdziałania konfliktom interesów są dostępne na naszej stronie internetowej Kredyt Banku S.A www.kredytbank.pl lub na Państwa życzenie zostaną przekazane na piśmie.

² Dyrektywa 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 21 kwietnia 2004 roku w sprawie rynków instrumentów finansowych (MiFID) oraz dyrektywa nr 2006/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 5 kwietnia 2006 roku zmieniająca dyrektywę nr 2004/39/WE w odniesieniu do niektórych terminów. Dyrektywa Komisji 2006/73/WE z 10 sierpnia 2006 roku wprowadzająca środki wykonawcze do dyrektywy 2004/39/WE Parlamentu Europejskiego i Rady w odniesieniu do wymogów organizacyjnych i warunków prowadzenia działalności przez przedsiębiorstwa inwestycyjne oraz pojęć zdefiniowanych na potrzeby tejże dyrektywy (akt wykonawczy).

Miejscowość, data: _____

Podpis Klienta: _____