

# Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia

### SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ .....	3
1. Postanowienia ogólne .....	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	4
3. Suma ubezpieczenia .....	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia .....	4
5. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa .....	4
6. Składka .....	5
7. Indeksacja .....	6
8. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela .....	6
9. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia .....	7
10. Ubezpieczenie bezskładkowe .....	7
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela .....	8
12. Udział w zysku .....	8
13. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela .....	8
14. Skrócenie okresu ubezpieczenia .....	10
15. Wykup ubezpieczenia .....	10
16. Postanowienia końcowe .....	10
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku .....	12
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej .....	14
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku .....	16
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego .....	19
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka .....	22
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania .....	25
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Fundusz Posagowy .....	28
IX. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ .....	34
X. Tabela opłat i limitów do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ .....	39
XI. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ .....	41



**Ogólne Warunki Ubezpieczenia  
Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe  
KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA Spółka Akcyjna, zwane dalej Ubezpieczycielem, z Ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
  - 1) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
  - 2) **Dodatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez Ubezpieczającego pisma, w którym Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych Składek i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia,
  - 3) **Miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a gdy dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma, w ostatnim dniu danego miesiąca kalendarzowego,
  - 4) **Minimalna wartość wykupu** – kwota ustalona przez Ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do OWU,
  - 5) **Polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
  - 6) **Renta posagowa** – Dodatkowa umowa ubezpieczenia, zawarta na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczenia Renty Posagowej,
  - 7) **Rezerwa matematyczna** – przypadająca na daną Umowę ubezpieczenia zawartą w zakresie podstawowym oraz w zakresie Renty posagowej, (o ile została zawarta dodatkowa umowa Renty posagowej), rezerwa tworzona przez Ubezpieczyciela, w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia odpowiednio dla poszczególnych lat trwania Umowy ubezpieczenia, ustalona według zasad obowiązujących u Ubezpieczyciela w dniu zawarcia danej Umowy ubezpieczenia,
  - 8) **Rocznicza polisy** – dzień, w kolejnym roku trwania Umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca,
  - 9) **Rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy,
  - 10) **Składka** – składka wynikająca z Umowy ubezpieczenia,
  - 11) **Stopa techniczna** – stopa oprocentowania przyjęta do kalkulacji Składki dla danej Umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu; wysokość stopy technicznej określona jest w Umowie ubezpieczenia,
  - 12) **Suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w Umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości Świadczenia,
  - 13) **Świadczenie** – suma pieniężna, którą Ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia,
  - 14) **Tabela opłat i limitów** – dokument stanowiący załącznik do OWU, który zawiera wysokość opłat, limitów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia,
  - 15) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna, lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zawierającą Umowę ubezpieczenia,
  - 16) **Ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie Ubezpieczający,
  - 17) **Udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania przez Ubezpieczyciela Rezerw matematycznych, przysługujący na zasadach określonych w OWU,
  - 18) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU, przez którą Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone Świadczenie na rzecz uprawnionego, w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić Składkę,
  - 19) **Wartość wykupu** – kwota wskazana w Umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania Umowy ubezpieczenia, wypłacana przez Ubezpieczyciela na zasadach określonych w OWU,
  - 20) **Wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez Ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen, towarów i usług konsumpcyjnych,
  - 21) **Współubezpieczony** – wskazane przez Ubezpieczającego dziecko, którego dożycie do końca okresu ubezpieczenia lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, uprawniony z tytułu zgonu Ubezpieczonego.
  - 22) **Wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.

## **PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA**

### **§ 2**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego i dożycie przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia. W przypadku zawarcia Dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie Ubezpieczonego lub zdrowie Współubezpieczonego.
2. W ramach Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym następujące ryzyka:
  - 1) zgon Ubezpieczonego,
  - 2) dożycie przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. W ramach Umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie Dodatkowych umów ubezpieczenia.

## **SUMA UBEZPIECZENIA**

### **§ 3**

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony Umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania Ubezpieczającego we wniosku.
2. Wysokość Sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku dokonania indeksacji Składki na zasadach określonych w § 7.

## **ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 4**

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony (okres ubezpieczenia), na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej Rocznicę polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 70 rok życia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia Ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat, natomiast Współubezpieczony nie ukończył 18 lat.
4. Okres ubezpieczenia nie może kończyć się wcześniej niż w pierwszą Rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym Współubezpieczony ukończy 18 lat ani później niż w pierwszą Rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym Współubezpieczony ukończy 25 lat.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego skierowanego do Ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez Ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania Ubezpieczyciela Umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
9. Ubezpieczyciel może przed zawarciem Umowy ubezpieczenia skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 jest zawarta w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
11. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest w dniu doręczenia do Ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela.
12. Wszystkie dane Ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania Świadczenia Ubezpieczyciela uzyskane przez Ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

## **TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA**

### **§ 5**

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia doręczenia do Ubezpieczyciela wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i wpłaty pierwszej Składki w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy.
3. Składka, o której mowa w ust. 2, zaliczana jest na poczet Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w Polisie.
4. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon Ubezpieczonego w następstwie Wypadku.

5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu Świadczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez Ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku jest wyłączona, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę i popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 3) poddaniem się Ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 4) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 5) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: 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,
  - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
  - 7) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
  - 9) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 2 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
  - 1) z upływem 60 dnia jej trwania,
  - 2) z dniem wystawienia przez Ubezpieczyciela Polisy potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w OWU,
  - 3) z dniem odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia,
  - 4) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
  - 5) z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 7 pkt 1).
9. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 7 pkt 1) albo 3), Ubezpieczyciel zwraca Składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
10. Jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie był spowodowany Wypadkiem, Ubezpieczyciel zwraca Składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie o jakim mowa w ust. 9.

## **SKŁADKA**

### **§ 6**

1. Z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki w wysokości wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania Składki określana jest w Umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą Składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Każdą następną Składkę, Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który Składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty Składki uznaje się dzień wpływu Składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została Dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty Składki uznaje się dzień wpływu Składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez Ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 3, Ubezpieczyciel wzywa Ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych Składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej Składki do dnia upływu Dodatkowego terminu, wyznaczonego przez Ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych Składek w Dodatkowym terminie z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
6. Jeżeli w Dodatkowym terminie wyznaczonym przez Ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu Ubezpieczający nie wpłaci zaległych Składek, o których mowa w ust. 5:
  - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej Składki nastąpiła w okresie pierwszych 2 lat obowiązywania

Umowy ubezpieczenia - Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu wskazanego w wezwaniu Ubezpieczyciela,

- 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej Składki nastąpiła po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia:
  - a) Umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, z upływem terminu określonego w wezwaniu Ubezpieczyciela pod warunkiem, iż Wartość wykupu dotycząca Umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który Składka była opłacona przekracza Minimalną wartość wykupu,
  - b) Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu określonego w wezwaniu Ubezpieczyciela w przypadku gdy Wartość wykupu Umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który Składka była opłacona nie przekracza Minimalnej wartości wykupu.
7. W przypadku określonym w ust. 6 pkt 2) ppkt b) Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu Wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień trwania Umowy ubezpieczenia. Wypłata Wartości wykupu następuje na wniosek Ubezpieczającego złożony do Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 23.
8. Ubezpieczyciel może zażądać od Ubezpieczającego zapłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych, od zaległych Składek, o których mowa w ust. 5.
9. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności Składki, wieku, stanu zdrowia Ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia Ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości Sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

## **INDEKSACJA**

### **§ 7**

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 Składka z tytułu Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą Rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez Ubezpieczyciela.
2. Indeksacja Składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o Wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji podwyższeniu ulega Suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o: wysokość wzrostu Składki z tytułu Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wieku Ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okresu jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie Sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację Składek z tytułu Dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji Składek z tytułu Dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie Sumy ubezpieczenia.

### **§ 8**

1. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej Składki i Sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację Składki, podwyższona w wyniku indeksacji Składka i Suma ubezpieczenia obowiązują od dnia Rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację Składki, wysokość Składki i Sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli Ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie Rocznicach polisy odmówi indeksacji Składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji Ubezpieczyciel nie przedstawia Ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji Składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed Rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji Składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i 5 Składka nie podlega indeksacji w ostatnich 2 latach okresu ubezpieczenia oraz w razie przejęcia przez Ubezpieczyciela obowiązku opłacania Składki, na podstawie Umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie podstawowym lub na podstawie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

## **CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 9**

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu Składki w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność Ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia.

## **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 10**

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
  - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
  - 2) wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
  - 3) niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki na zasadach określonych w § 6 ust. 6,
  - 4) zgonu Współubezpieczonego, z 60 dniem po dniu zgonu Współubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 13,
  - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia - z dniem doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia,
  - 6) upływu okresu na jaki została zawarta,
  - 7) skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 22, z dniem zaakceptowania wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. Z dniem zgonu Ubezpieczonego rozwiązują się wszystkie Dodatkowe umowy ubezpieczenia, których przedmiotem jest życie lub zdrowie Ubezpieczonego.
4. W przypadku wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel dokonuje Wykupu ubezpieczenia. Wypłata Wartości wykupu następuje na wniosek Ubezpieczającego złożony do Ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 23, z zastrzeżeniem, iż Wartość wykupu ustalana jest wg stanu na dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

### **§ 11**

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu Polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych powodów, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się od dnia doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia do Ubezpieczyciela.

### **§ 12**

1. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za czas udzielanej przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od Umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot Składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

### **§ 13**

1. W przypadku zgonu Współubezpieczonego Ubezpieczający może wskazać inne dziecko, które w dniu zgonu Współubezpieczonego nie ukończyło 18 lat, jako Współubezpieczonego, z tym że muszą być spełnione warunki, o których mowa w § 4 ust. 4. Umowa ubezpieczenia nie ulega wtedy rozwiązaniu.
2. Wskazanie, o którym mowa w ust. 1, musi być dokonane na piśmie i doręczone Ubezpieczycielowi w ciągu 60 dni od dnia zgonu Współubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić wszystkie należne Składki do dnia wskazania innego dziecka, najpóźniej w dniu wskazania.
3. W przypadku wskazania, o którym mowa w ust.1 Umowa ubezpieczenia trwa nieprzerwanie, z zastrzeżeniem postanowień Dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie wskaże innego dziecka jako Współubezpieczonego, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu Wartość wykupu wg stanu na dzień zgonu Współubezpieczonego nie więcej jednak niż wynosi Suma ubezpieczenia powiększona o dodatkową Sumę ubezpieczenia, o której mowa w § 16 ust. 3, na podstawie wniosku, który Ubezpieczający może złożyć na formularzu Ubezpieczyciela. Wypłata, o której mowa powyżej, następuje najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę.
5. Jeżeli w dniu zgonu Współubezpieczonego Ubezpieczający nie żyje, kwota w wysokości określonej w ust. 4 przysługuje członkom rodziny Ubezpieczającego, 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 Ubezpieczającym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).

## **UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE**

### **§ 14**

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe

po upływie 2 lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia oraz gdy Wartość wykupu równa jest co najmniej aktualnej Minimalnej wartości wykupu. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym we wniosku o przekształcenie Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, który został doręczony Ubezpieczycielowi, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe nie wcześniej niż w dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o przekształcenie Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i 2 Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 6 ust. 6 pkt 2) a), bez wymogu składania wniosku przez Ubezpieczającego.
4. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
  - 1) okres ubezpieczenia nie ulega zmianie,
  - 2) wygasa wymagalność wszystkich przyszłych Składek, w tym również Składek z tytułu Dodatkowych umów ubezpieczenia,
  - 3) począwszy od dnia przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
    - a) Suma ubezpieczenia ulega zmianie z uwzględnieniem Wartości wykupu Polisy, wieku Ubezpieczonego w dniu przekształcenia Umowy ubezpieczenia i okresu jaki pozostał od dnia przekształcenia Umowy ubezpieczenia do zakończenia trwania Umowy ubezpieczenia, wysokość wyliczonej Sumy ubezpieczenia zależy też od tego, czy zakres ochrony obejmuje Rentę posagową i od jej wariantu; wysokość Sumy ubezpieczenia obowiązującej w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe wskazana jest w Umowie ubezpieczenia,
    - b) następuje rozwiązanie wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia oprócz Dodatkowej umowy Renty posagowej.
5. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, Ubezpieczający może dokonać jej przekształcenia ubezpieczenie bezskładkowe w Umowę ubezpieczenia składkowego wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez Ubezpieczyciela.

## **WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 15**

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty Świadczenia w wysokości Wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
  - 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 3) poddania się Ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 4) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
  - 5) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Wypłata Wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek o wypłatę Świadczenia złożony przez uprawnionego, wg jej stanu z dnia zgonu Ubezpieczonego, w terminie określonym w § 19.

## **UDZIAŁ W ZYSKU**

### **§ 16**

1. W każdą Rocznicę polisy przysługuje Udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości Rezerwy matematycznej.
2. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez Ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o Stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów, określony w Tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do OWU.
3. Kwota Udziału w zysku stanowi Składkę jednorazową z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym oraz z tytułu Renty posagowej – jeżeli Dodatkowa umowa Renty posagowej została zawarta. W każdą Rocznicę polisy na podstawie powyższej Składki wyliczana jest dodatkowa Suma ubezpieczenia.
4. Dodatkowa Suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, obliczana jest na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia Ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia Ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, okresu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

## **USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 17**

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 18 oraz w przypadku zawarcia Dodatkowych umów



ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 8.

2. Zawierając Umowę ubezpieczenia, Ubezpieczający wskazuje Współubezpieczonego jako osobę uprawnioną do Świadczeń z tytułu Umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje Ubezpieczającego o zmianach w Umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji Ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
  - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
  - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela, w przypadku informacji dotyczących wysokości Świadczeń oraz udziału w zysku.

Niezależnie od powyższego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji Ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

#### § 18

1. W przypadku zgonu Ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie Składek z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz Dodatkowych umów ubezpieczenia, które nie wygasają z dniem zgonu Ubezpieczonego, od daty pierwszej Składki należnej po dacie zgonu Ubezpieczonego, chyba że Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia stanowią inaczej, z zastrzeżeniem § 15.
2. Z tytułu dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia oraz Dodatkowej sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

#### § 19

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty Świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której Świadczenie jest spełniane, kwotą należnego Świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego Świadczenia przez osobę, na rzecz której Świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości Świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania Składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu Umowy ubezpieczenia lub Umów dodatkowych, Ubezpieczyciel pomniejszy Świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania Składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli Ubezpieczający i uprawniony do otrzymania Świadczenia są tą samą osobą.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

#### § 20

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia na wypadek zgonu z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zarówno przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.

3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do Ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

#### **§ 21**

1. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania Świadczenia, Świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w Świadczeniu; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w Sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w Sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon Ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do Świadczenia; 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 uprawniony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do Świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do Świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
  - 1) małżonek,
  - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
  - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
  - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po Ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)- 3).

#### **SKRÓCENIE OKRESU UBEZPIECZENIA**

##### **§ 22**

1. Współubezpieczony, który ukończył 18 lat, ma prawo do skrócenia okresu ubezpieczenia, jeżeli:
  - 1) zawarł związek małżeński,
  - 2) został rodzicem,
  - 3) rozpoczął naukę w szkole wyższej.
2. W celu skrócenia okresu ubezpieczenia Współubezpieczony składa odpowiedni wniosek, który może być złożony na formularzu Ubezpieczyciela; jeżeli żyje Ubezpieczający konieczna jest jego zgoda wyrażona na wniosku.
3. W przypadku zaakceptowania wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu kwotę w wysokości Rezerwy matematycznej według jej stanu na dzień doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia; postanowienia § 19 ust. 8 – 9. stosują się odpowiednio.

#### **WYKUP UBEZPIECZENIA**

##### **§ 23**

1. Ubezpieczający po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich Składek wymagalnych w tym okresie, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia.
2. Ilekroć w OWU mowa jest o Wartości wykupu, wypłata Wartości wykupu może nastąpić po upływie dwóch lat obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
3. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie Ubezpieczającemu kwoty w wysokości Wartości wykupu.
4. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez osobę uprawnioną.
5. Wypłata Wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty w dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 4; postanowienia § 19 ust. 8 - 9 stosują się odpowiednio.

#### **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

##### **§ 24**

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić Ubezpieczyciela.

##### **§ 25**

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez Ubezpieczającego albo Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej), z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień lub oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa.
3. 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.
4. Jeżeli po objęciu danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia Ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana

jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela.

- Przez dzień złożenia wniosku do Ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez Ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wypełnionego wniosku do Ubezpieczyciela.
- 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. 8.
- Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
- Niezależnie od postanowień niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
- Ubezpieczyciel podlega nadzorowi ubezpieczeniowemu.

#### § 26

- W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą być wprowadzone do Umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
- W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
- Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia.
- Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

#### § 27

- Jeżeli Ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, to następujące zapisy OWU nie mają zastosowania: § 1 ust. 2 pkt 16), § 2 ust. 2 pkt 1), § 4 ust. 11, § 6 ust. 9, § 10 ust. 3, § 15 § 18 ust. 1, § 20, § 21.
- Jeżeli w sytuacji określonej w § 6 ust. 7 brak jest Ubezpieczającego, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, Wartość wykupu wypłacana jest Współubezpieczonemu, a w przypadku gdy brak jest Współubezpieczonego Wartość wykupu wypłacana jest osobom powołanym do dziedziczenia po Współubezpieczonym.
- Jeżeli w dniu zgonu Współubezpieczonego brak jest Ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, kwota w wysokości określonej w § 13 ust. 4 przysługuje osobom powołanym do dziedziczenia po Współubezpieczonym.
- Brak Ubezpieczającego, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, oznacza ustanie osobowości prawnej Ubezpieczającego będącego osobą prawną lub rozwiązanie Ubezpieczającego będącego jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

#### § 28

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

#### § 29

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 228/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 2) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego, doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
  - 2) na 60 dni przed Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej Rocznicę polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia i wskazanej w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji Składki opłacanej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji Składki wynikającej z Dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

### § 5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku wygasa na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą Rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin Ubezpieczonego.

### § 6

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku Ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia ustalonej w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, niezależnie od Świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez Ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty Wypadku będącego przyczyną zgonu.

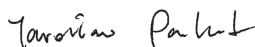
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest Współubezpieczony.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanu wojennego oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 3) poddaniem się Ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 4) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 5) wyczynowym lub rekreacyjnym 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,
  - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
  - 7) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
  - 9) wystąpieniem u Ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

#### § 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

#### § 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 229/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej (zwanymi dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

### § 3

1. Wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez Ubezpieczającego, może być doręczony Ubezpieczycielowi wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jedynie jeżeli Ubezpieczający jest rodzicem (naturalnym lub osobą, która przysposobiła) lub opiekunem (który jest przedstawicielem ustawowym) dziecka będącego Współubezpieczonym.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia ani zawarcia nowej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem sytuacji o której mowa w § 14 ust. 5 OWU.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia zakresie podstawowym.
6. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu Ubezpieczonego.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia i wskazanej w Polisie.
2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji Składki opłacanej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji Składki wynikającej z Dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.
6. W okresie opłacania Składek Suma ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości renty, podwyższana jest w wyniku indeksacji Składki, o której mowa w OWU.

### § 5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia.

### § 6

1. Z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu w przypadku zgonu Ubezpieczonego Świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości 2% lub 4% Sumy ubezpieczenia powiększonej odpowiednio o 2% lub 4% dodatkowej Sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 16 ust. 3 OWU, zgodnie z Umową ubezpieczenia.
2. Wysokość renty podlega corocznemu zwiększeniu w związku z udziałem w zysku, odpowiednio do wysokości dodatkowej Sumy ubezpieczenia naliczonej w związku z Udziałem w zysku. Zwiększenie obowiązuje począwszy od pierwszej wypłaty renty następującej po 30 dniach, licząc od Rocznicy polisy, w związku z którą naliczany jest zysk.
3. Renta wypłacana jest za okres od dnia zgonu Ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania Umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego oraz czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem się Ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) zarażeniem się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia,
- 5) wystąpieniem u Ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
- 6) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

#### § 7


1. Świadczenie rentowe wypłacane jest Współubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może być złożony na formularzu Ubezpieczyciela, z dołączonymi dokumentami, wskazanymi przez Ubezpieczyciela, niezbędnymi do ustalenia zasadności Świadczenia.
2. Wysokość pierwszej wypłaty obejmuje wypłatę renty za okres od dnia zgonu Ubezpieczonego do końca miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zaakceptowanie wniosku, o którym mowa w ust. 1 (wysokość pierwszej wypłaty obliczana jest proporcjonalnie do długości powyższego okresu).
3. Każda następna kwota renty wypłacana jest do 10-tego dnia miesiąca za dany miesiąc kalendarzowy.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

#### § 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 230/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 2) **Inwalidztwo** – powstałe w wyniku Wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała Współubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 3) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez Ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej.
- 4) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Współubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego, doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
  - 2) na 60 dni przed Rocznicą polisy, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia i wskazanej w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji Składki opłacanej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji Składki wynikającej z Dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.
6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku Ubezpieczyciel nie pobiera Składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 5

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

### § 6

1. Z tytułu powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu Świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o Sumę ubezpieczenia ustaloną w Polisie lub pisemnym potwierdzeniu.



2. Świadczenie z tytułu powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku, Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie Inwalidztwa w wyniku Wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku, Ubezpieczyciel ma prawo skierować Współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną Komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty Świadczenia.
4. Z tytułu Inwalidztwa Współubezpieczonego w wyniku Wypadku wypłacane jest Świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% Sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty Świadczeń z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę Świadczenia.
6. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

## § 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Inwalidztwa Współubezpieczonego:

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

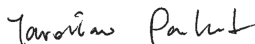
2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
  - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
  - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
  - c) dłoń – palce i śródreźce,
  - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
  - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
  - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed Wypadkiem, ustalony stopień Inwalidztwa Współubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień Inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Współubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem Współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 3) poddaniem się Współubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 4) chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
  - 5) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
  - 6) prowadzeniem przez Współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Współubezpieczonego 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,
  - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
  - 9) zatruciem lub działaniem Współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, Współubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
  - 11) wystąpieniem u Współubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

## § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

## § 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 231/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwanych dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanych dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których Ubezpieczony, zdaniem Komisji lekarskiej powołanej przez Ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **Komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez Ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej.
- 4) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
  - 2) na 60 dni przed Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 5 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej Rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczeniem w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka Ubezpieczeniowego, a także skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
6. W przypadku rozwiązania Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego jej zawarcia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
8. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
9. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.
10. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Przejęcia opłacania składki w przypadku Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia i wskazanej w Polisie lub pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Wysokość Składki opłacanej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości Składek z tytułu umowy podstawowej oraz Dodatkowych umów ubezpieczeń podlegających przejęciu opłacania Składki z uwzględnieniem indeksacji ww. Składek.
4. Dokonanie indeksacji Składki wynikającej z Dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

## § 5

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu powstania Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, którego przyczyną jest Wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień Umowy ubezpieczenia w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin Ubezpieczonego.

## § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejściu opłacania Składek z tytułu Umowy ubezpieczenia oraz wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia, począwszy od pierwszej Składki wymagalnej po dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie Świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez Ubezpieczyciela tego wniosku.
2. Przejście obowiązku opłacania Składek, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy Dodatkowej umowy ubezpieczenia fundusz posagowy.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel spełnia na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku, doręczonego Ubezpieczycielowi oraz odpowiedniego orzeczenia Komisji lekarskiej, powołanej przez Ubezpieczyciela, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy Ubezpieczonego.
4. Składka za okres od dnia doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o realizację Świadczenia przez Ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez Ubezpieczającego.
5. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłacona przez Ubezpieczającego Składka za okres, o którym mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Do terminu, w którym Ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty Świadczenia.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 3) poddaniem się Ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
  - 4) zarażeniem się wirusem HIV,
  - 5) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym 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,
  - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
  - 8) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
  - 10) wystąpieniem u Ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

## § 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w § 6 ust. 1:
  - 1) Składki opłacane są przez Ubezpieczyciela do czasu poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego (tj. do czasu, gdy w opinii Ubezpieczyciela, Ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy),

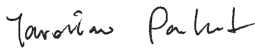
- 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia Ubezpieczonego, o której mowa w pkt 1), Ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania Składek,
- 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia Ubezpieczonego orzeka Komisja lekarska Ubezpieczyciela.
2. W okresie opłacania Składek przez Ubezpieczyciela, Składki wynikające z Umowy ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
3. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać Ubezpieczonego na Komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt Ubezpieczyciela lub wezwać Ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie Inwalidztwa.
4. W przypadku odmowy przez Ubezpieczonego poddaniu się czynnością, o których mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do podjęcia opłacania Składek:
  - 1) Ubezpieczyciel w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania Składek,
  - 2) w przypadku niepodjęcia, w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela, opłacania Składek przez Ubezpieczającego - postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

#### § 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

#### § 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 232/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne Dziecka (zwanymi dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu Dziecka, niezależne od jego woli.
- 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.
- 3) **Dziecko** – dziecko oschowane przez Ubezpieczającego będące Współubezpieczonym, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 3 rok życia, ale nie ukończyło 18 roku życia.
- 4) **Dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Dziecko przebywało w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala.
- 5) **Szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień.
- 6) **Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.
- 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego, doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia
  - 2) na 60 dni przed Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2,3,8 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia wniosku o zawarcie, o którym mowa w ust. 1, Dziecko ukończyło 3 rok życia.
3. Wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia może zostać złożony po ukończeniu przez Dziecko 3 roku życia i przed ukończeniem 10 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z tym że:
  - 1) okres ochrony ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczyciel na 30 dni, a Ubezpieczający na 14 dni przed Rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
  - 2) Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej Rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym Dziecko ukończyło 18 rok życia.
5. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Dziennego świadczenia szpitalnego Dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek lub Choroba.
6. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym. W powyższym przypadku nie ma możliwości ponownego zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o którym mowa w ust. 1 dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia i wskazanej w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.

2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia w tej samej częstotliwości.

#### **§ 5**

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu Dziecka, którego przyczyną jest Choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu Dziecka, którego przyczyną jest Wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność Ubezpieczyciela:
  - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki przez Ubezpieczającego
  - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest Choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej Składki przez Ubezpieczającego, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez Dziecko 18 lat.
5. Okres 90 dni o którym mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zgonu Dziecka.

#### **§ 6**

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie Dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem Dziecka w szpitalu wskutek Choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub Wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest Choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu Dziecka w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni, od daty zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a kończącego się po tym okresie w zakresie Dziennego świadczenia szpitalnego Dziecka, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po dacie zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Dienne świadczenie szpitalne Dziecka przysługuje wyłącznie za każdy Dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest Choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, Dienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest Choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.

#### **§ 7**

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci Świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon Dziecka.

#### **§ 8**

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Chorobą przysługuje za każdy Dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 6 dni.
2. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt Dziecka w szpitalu spowodowany Wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka w szpitalu z powodu Wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty Wypadku. W sytuacji, gdy pobyt Dziecka w szpitalu z powodu Wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, Ubezpieczyciel wypłaci Świadczenie w wysokości 50% kwoty Dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt Dziecka w szpitalu z powodu Wypadku.

#### **§ 9**

1. Kwota Dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt Dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest Choroba, wskazana jest w Umowie ubezpieczenia lub pisemnym potwierdzeniu i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez Ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.

2. Kwota Dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt Dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest Wypadek, wskazana jest w Umowie ubezpieczenia lub pisemnym potwierdzeniu i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez Ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych Warunkach, Ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące wysokość odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

#### **§ 10**

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie Dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu Dziecka w związku z:
  - 1) wystąpieniem u Dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
  - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek Wypadku,
  - 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym
  - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
  - 5) zatruciem lub działaniem Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
  - 6) stanami chorobowymi lub skutkami Wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko,
  - 7) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku odpowiedzialności,
  - 8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko,
  - 9) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
  - 10) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
  - 11) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
  - 12) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
  - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
  - 14) pozostawianiem Dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,
  - 15) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, o ile przyczyna ich wykonania nie jest chorobą lub obrażeniem ciała Dziecka,
  - 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

#### **§ 12**

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej Świadczenie w związku z pobytem Dziecka w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może zostać złożony na formularzu Ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę Świadczenia należy dołączyć:
  - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego Dziecka,
  - 2) inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest Dziecko.

#### **§ 13**

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

#### **§ 14**

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 234/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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



## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania (zwanym dalej Warunkami) mają zastosowanie w Dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanym dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.
- 2) **Dziecko** – dziecko wskazane przez Ubezpieczającego będące Współubezpieczonym, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 3 rok życia, ale nie ukończyło 18 roku życia.
- 3) **Katalog poważnych zachorowań Dziecka** – Katalog poważnych zachorowań Dziecka „WARTA KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków.
- 4) **Poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w Katalogu poważnych zachorowań Dziecka, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

### § 3

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania wymieniony jest w Katalogu poważnych zachorowań Dziecka.

### § 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego, doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - a) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
  - b) na 60 dni przed Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2,3,8 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia wniosku o zawarcie, o którym mowa w ust. 1, Dziecko ukończyło 3 rok życia.
3. Wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia może zostać złożony po ukończeniu przez Dziecko 3 roku życia i przed ukończeniem 10 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z tym że:
  - 1) okres ochrony ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeśli Ubezpieczyciel na 30 dni, a Ubezpieczający na 14 dni przed Rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
  - 2) Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej Rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym Dziecko ukończyło 18 rok życia.
5. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania.
6. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym. W powyższym przypadku nie ma możliwości ponownego zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka, a także skierować Dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.

### § 5

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia wskazanej w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacona jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji
4. Poziom indeksacji Składki opłacanej z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost Sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji Składki wynikającej z Dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.

## § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od dnia zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania nie dotyczy tych Poważnych zachorowań, które wystąpiły już u Dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka Poważnego zachorowania.
3. Okres 180 dni, o którym mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez Dziecko 18 lat.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zgonu Dziecka.

## § 7

1. Z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę Świadczenia określoną w Umowie ubezpieczenia lub w pisemnym potwierdzeniu, nie większą jednak niż kwota ustalona przez Ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie Poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania Umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno Świadczenie z tytułu wystąpienia u Dziecka tego samego rodzaju Poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów Poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim Poważnym zachorowaniem powodującym wypłatę Świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może być złożony na formularzu Ubezpieczyciela. Do wniosku należy załączyć dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Poważnego zachorowania.
4. Jeżeli dokumenty niezbędne do rozpatrzenia Świadczenia są w języku innym niż polski, to do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć je w oryginale wraz z ich tłumaczeniem przez tłumacza przysięgłego na język polski.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia Poważnego zachorowania Ubezpieczyciel ma prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną Komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty Świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 jest Dziecko.
7. Przy zawieraniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania.
8. Za wystąpienie Poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem, że w przypadku Poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu, a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

## § 8

Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Dziecka Poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem Dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) zarażeniem się wirusem HIV,
- 5) zatruciem lub działaniem Dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko, Uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 8) wystąpieniem u Dziecka chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,

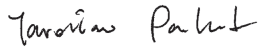
- 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

**§ 9**

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

**§ 10**

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 235/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

## Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Fundusz Posagowy

### § 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Fundusz Posagowy (zwanymi dalej Warunkami) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe zwane również KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej OWU).

### § 2

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

- 1) **Cena jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane i odliczane z Indywidualnego konta inwestycyjnego.
- 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.
- 3) **Dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu prawa polskiego oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ Warta S.A. Informację o dniach wolnych od pracy, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu na jego żądanie.
- 4) **Fundusz** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- 5) **Indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za Składki regularne i Składki dodatkowe.
- 6) **Plan Inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela; Plan inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
- 7) **Składka regularna** – składka wynikająca z Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- 8) **Składka dodatkowa** – składka płacona przez Ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota Składki dodatkowej ustalona przez Ubezpieczyciela i wskazana w Tabeli opłat i limitów, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 14 OWU.
- 9) **Wartość wykupu całkowitego** – kwota odpowiadająca aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu na zasadach określonych w § 12 niniejszych Warunków.
- 10) **Wartość wykupu częściowego** – kwota odpowiadająca aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu na zasadach określonych w § 12 niniejszych Warunków.

### § 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku Ubezpieczającego doręczonego Ubezpieczycielowi:
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia lub,
  - 2) na 60 dni przed Rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z Umowy ubezpieczenia.
3. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
4. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

### § 4

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia Składki regularnej w wysokości ustalonej przez strony Umowy ubezpieczenia i wskazanej w Polisie lub pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka regularna opłacana jest przez Ubezpieczającego wraz ze Składką wynikającą z Umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka regularna opłacana z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji Składki regularnej ustalany jest w oparciu o Wskaźnik indeksacji.
5. Dokonanie indeksacji Składki regularnej możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji Składki wynikającej z Umowy ubezpieczenia.
6. Indeksacja dotycząca Dodatkowej umowy ubezpieczenia może być ustalana przez Ubezpieczającego na poziomie wyższym od Wskaźnika indeksacji.

## § 5

1. W związku z zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planów część aktywów Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą Składki regularne i Składki dodatkowe wpłacane przez Ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo, z dokładnością do 1% przy czym wskazanie dla każdego z Funduszy i Planu nie może wynosić mniej niż 10%.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze Składek regularnych i Składek dodatkowych opłacanych przez Ubezpieczającego z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. W ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel tworzy dla każdego z Ubezpieczonych Indywidualne konto inwestycyjne na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za Składki regularne i Składki dodatkowe w ramach Funduszy i Planów. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa na Indywidualnym koncie inwestycyjnym.

## § 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w Polisie lub w pisemnym potwierdzeniu jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki regularnej o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania Dodatkowej umowy lub z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia.

## § 7

1. Każda wpłacona Składka regularna oraz Składka dodatkowa przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Funduszach i Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w Polisie lub pisemnym potwierdzeniu, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy lub Planów, w które lokowane ma być Składka regularna oraz Składka dodatkowa albo, gdy podział procentowy Składki regularnej i Składki dodatkowej w całości albo w części obejmuje Fundusz, Plan, który jest w okresie zawieszenia możliwości dokonywania nabycia jednostek, o którym mowa w § 2 ust. 9 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, Ubezpieczyciel lokuje Składkę regularną i Składkę dodatkową w całości albo w części w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej Składki regularnej oraz Składki dodatkowej w poszczególnych Funduszach i Planach.
4. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego Funduszu lub Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę transakcyjną za transfer, jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym Funduszu lub Planie, do którego transfer jest dokonywany.
5. Pierwsze 6 zmian podziału procentowego i pierwsze 6 transferów jednostek uczestnictwa w Roku polisowym, tj. wniosków złożonych w danym Roku polisowym, jest wolne od opłat. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez Ubezpieczyciela, zgodnie z Tabelą opłat i limitów, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Wszystkie zlecenia, o których mowa w ust. 5, składane przez Ubezpieczającego drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej, są bezpłatne.
7. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu stosownego wniosku do Ubezpieczyciela. Wniosek może być złożony na formularzu przygotowanym przez Ubezpieczyciela.
8. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych Funduszy i Planów wybranych przez Ubezpieczającego nie jest równa 100%, dyspozycję Ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji.
9. Przy dokonywaniu transferu jednostek uczestnictwa stosuje się Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia odpowiedniego wniosku do Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11. Wniosek może być złożony na formularzu przygotowanym przez Ubezpieczyciela.
10. Jeżeli wniosek o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa został złożony w okresie zawieszenia możliwości dokonywania transferu środków z Funduszu, Planu lub do Funduszu, Planu, o którym mowa w § 2 ust. 9 - 12 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, którego dotyczy dyspozycja Ubezpieczającego, transferu jednostek uczestnictwa z tego Funduszu, Planu lub do tego Funduszu, Planu dokonuje się według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu.
11. Jeżeli wniosek o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa został złożony w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje Wykupu częściowego, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za Składki regularne lub Składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, w obrębie tych samych Funduszy lub Planów, to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji.

12. Ubezpieczyciel określa w Tabeli opłat i limitów minimalną wartość jednostek uczestnictwa, podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na Indywidualnym koncie inwestycyjnym Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu, stosując Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w dniu złożenia wniosku o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa.
13. W przypadku, gdy wartość jednostek pozostających na Funduszu lub Planie wyjściowym jest niższa niż wskazana w Tabeli opłat i limitów transferowi podlegają wszystkie jednostki uczestnictwa z Funduszu lub Planu wyjściowego.
14. W przypadku, gdy wartość jednostek podlegających transferowi z Funduszu lub Planu wyjściowego jest niższa niż wskazana w Tabeli opłat i limitów transfer nie zostanie zrealizowany.
15. 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 i limitów.
16. Limity, o których mowa w ust. 12 - 14, nie mają zastosowania w przypadku zleceń składanych przez Ubezpieczającego drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej.
17. Wnioski o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa lub zmiany podziału procentowego złożone na 30 dni przed końcem umowy ubezpieczenia w przypadku dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia nie podlegają realizacji.

## § 8

1. Środki Funduszy i Planu lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu i Planu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu i Planu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu i Planu powiększana jest z tytułu:
  - a) wpłat Składek regularnych i Składek dodatkowych
  - b) przychodów z lokat środków Funduszu i Planu.
4. Ubezpieczyciel pobiera z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia następujące opłaty:
  - 1) opłata dystrybucyjna
  - 2) opłaty transakcyjne:
    - a) za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami,
    - b) za zmianę podziału procentowego Składki regularnej lub Składki dodatkowej.
  - 3) opłatę za czynności związane z procesem wykupu.
5. Opłata dystrybucyjna - pokrywa koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, na które składają się koszty wdrożenia produktu, dystrybucji oraz wystawienia Polisy. Opłata jest ustalona procentowo i pobierana jest od wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego, w dniu przeliczenia Składki regularnej i Składki dodatkowej na jednostki uczestnictwa według Ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa za wpłaconą Składkę regularną i Składkę dodatkową. Opłata dystrybucyjna od każdej wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej pobierana jest w całym okresie trwania Umowy ubezpieczenia.
6. Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami - jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów i pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
7. Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego Składki – jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów i pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych za Składkę regularną i Składkę dodatkową, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.
8. Opłata za czynności związane z procesem wykupu - jest ustalana procentowo od wartości wykupu częściowego lub całkowitego w wysokości ustalonej w Tabeli opłat i limitów i pobierana poprzez potrącenie z kwoty wykupu częściowego lub całkowitego
9. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o kwoty: wypłacane w trybie § 10, § 11 oraz § 12 oraz, opłaty wymienione w ust. 4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami: WARTA Bezpieczny, WARTA Stabilnego Wzrostu, WARTA Aktywny, w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania ww. Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Tabeli opłat i limitów.

## § 9

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy i Planów, w celu ustalenia Ceny jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i dodatkowo na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym, z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 9-12 Zasad Działania Funduszy i Planów.
3. Ustalenie Ceny jednostek uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów Funduszu bądź 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, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.

4. Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym nie rzadziej niż raz na rok.
5. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od:
  - 1) późniejszej z dat: daty wpływu Składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek Ubezpieczyciela lub daty wymagalności Składki regularnej ;
  - 2) daty wpływu Składki dodatkowej na rachunek Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 2 ust. 9-12 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych.
6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została Cena jednostki uczestnictwa.

#### **§ 10**

1. Z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca Współubezpieczonemu Świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym koncie inwestycyjnym w przypadku dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający może postanowić przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania, że świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na Indywidualnym koncie inwestycyjnym wypłacone zostanie Współubezpieczonemu w przypadku zgonu Ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1 lub 2, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty rozwiązania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku dożycia przez Współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po rozwiązaniu Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
5. W przypadku określonym w ust. 1 i 2 Indywidualne konto inwestycyjne ulega likwidacji.

#### **§ 11**

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
  - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego,
  - 2) wypowiedzenia umowy przez Ubezpieczającego – poprzez złożenie wniosku o wykup całkowity,
  - 3) niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej na zasadach, określonych w § 6 ust. 6 pkt 1) oraz pkt 2) ppkt a) OWU. Ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 12, przy czym za dzień złożenia wniosku o wykup całkowity, przyjmuje się dzień rozwiązania Dodatkowej umowy,
  - 4) złożenia wniosku o wykup całkowity ubezpieczenia - z dniem następnym po dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia,
  - 5) zakończenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia,
  - 6) zgonu Ubezpieczonego – z dniem zgonu.
2. W przypadku odstąpienia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty kwoty w wysokości Wartości wykupu całkowitego, na zasadach określonych w § 12 niniejszych Warunków, powiększonej o pobrane opłaty na zasadach określonych w § 8 ust. 4 pkt 1), bez obciążania opłatą za czynności związane z procesem wykupu, nie przewyższającej jednak wartości wpłaconej Składki regularnej i dodatkowej. Przez dzień złożenia wniosku o dokonanie Wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do Ubezpieczyciela oświadczenia woli o odstąpieniu od Dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4,
3. W przypadkach, o których mowa w ust 1 pkt 2) - 5), Ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 12 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem ust.4
4. Przy ustalaniu wartości jednostek uczestnictwa użytej do wyznaczenia Wartości wykupu całkowitego Ubezpieczyciel przyjmuje Ceny jednostki uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty rozwiązania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje w terminie 30 dni od otrzymania przez Ubezpieczyciela wniosku o wykup.
5. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu kwotę w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, z zastrzeżeniem ust. 6, 7.
6. Jeżeli w dniu rozwiązania Umowy ubezpieczenia brak jest Ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, kwota, o której mowa w ust. 5 wypłacana jest Współubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Jeżeli w sytuacji, o której mowa w ust. 6, rozwiązanie umowy nastąpiło w związku ze zgonem Współubezpieczonego, kwota o której mowa w ust. 5 przysługuje osobom powołanym do dziedziczenia po Współubezpieczonym.
8. Jeżeli rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło w związku z rozwiązaniem Umowy ubezpieczenia wskutek skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 22 OWU, kwota, o której mowa w ust. 5 wypłacana jest Współubezpieczonemu.
9. W przypadku rozwiązania Dodatkowej umowy, Indywidualne konto inwestycyjne ulega likwidacji.

## § 12

1. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia, ma prawo dokonać wykupu częściowego lub wykupu całkowitego. W takim wypadku Ubezpieczającemu wypłacona zostanie odpowiednio Wartość wykupu częściowego lub Wartość wykupu całkowitego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający ma prawo dokonać wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z Indywidualnego konta inwestycyjnego, z zastrzeżeniem iż wykupu częściowego albo całkowitego można dokonać po upływie okresu, w którym Ubezpieczający ma prawo odstąpienia od Dodatkowej umowy ubezpieczenia o którym mowa w § 11.
3. Ubezpieczyciel wypłaca Wartość wykupu całkowitego albo Wartość wykupu częściowego w ciągu 30 dni od otrzymania odpowiednio wniosku o wykup. Przez dzień otrzymania wniosku o wykup częściowy lub wykup całkowity, w przypadku o którym mowa w ust. 13, rozumie się dzień przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu.
4. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie zgodnie ze wskazaniem Ubezpieczającego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa Funduszu lub Planu. Wartość jednostek uczestnictwa, podlegająca wykupowi częściowemu nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez Ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Funduszu lub Planu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa. W przypadku zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 10 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, któregośkolwiek z Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, których zawieszenie nie dotyczy.
6. Przy ustalaniu odpowiednio: Wartości wykupu całkowitego, Wartości wykupu częściowego, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia do Ubezpieczyciela odpowiednio: wniosku o wykup całkowity, wniosku o wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 7 i ust. 13.
7. Jeżeli odpowiednio: wniosek o wykup całkowity, wniosek o wykup częściowy został złożony w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje transferu, o którym mowa w § 7 niniejszych Warunków lub wykupu częściowego lub nabycia jednostek uczestnictwa za Składkę regularną lub Składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, w obrębie tych samych Funduszy lub Planów, to przy ustalaniu Wartości wykupu całkowitego albo Wartości wykupu częściowego, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym, licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji.
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 3, z zastrzeżeniem ust. 7 i ust. 13
9. Kwota wypłacana w związku z wykupem całkowitym albo wykupem częściowym z Indywidualnego konta inwestycyjnego uwzględnia opłaty, o których mowa w § 8 ust. 4 pkt 3) niniejszych Warunków oraz ewentualny podatek.
12. Jeżeli Wartość wykupu częściowego w odniesieniu do danego Funduszu lub Planu wskazanego przez Ubezpieczającego we wniosku o dokonanie wykupu częściowego jest wyższa niż wartość jednostek uczestnictwa danego Funduszu lub Planu to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego Funduszu i Planu.
13. Jeżeli wniosek o wykup częściowy lub wykup całkowity został złożony w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych i wykupów całkowitych, o którym mowa w § 2 ust. 10 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, któregośkolwiek z Funduszy i Planów, którego dotyczy dyspozycja Ubezpieczającego, wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z tego Funduszu, Planu dokonuje się według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu.

## § 15

Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji, dotyczących Indywidualnego konta inwestycyjnego i wysokości Świadczeń, które związane są z wartością jednostek Funduszy i Planów.

## § 16

1. Przejęcie obowiązku opłacania Składek przez Ubezpieczyciela, na podstawie Umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie podstawowym lub na podstawie Dodatkowej umowy ubezpieczenia przejścia opłacania składki w przypadku Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, nie dotyczy Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, zawieszeniu ulegają wpłaty składek z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ubezpieczający może dokonać tylko wykupu całkowitego.

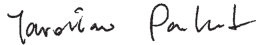


### § 17

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowią załącznik do OWU.
3. W przypadku zaległości w opłacaniu Składek regularnych z tytułu zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel pomniejsza wszelkie wypłaty należne Ubezpieczającemu, dokonywane na podstawie Dodatkowej umowy ubezpieczenia o kwotę odpowiadającą wszystkim opłatom i kosztom, które byłyby naliczone od wartości niezapłaconych Składek regularnych gdyby Ubezpieczający zapłacił je zgodnie z Dodatkową umową ubezpieczenia.

### § 18

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 233/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

**Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych**  
**Załącznik do**  
**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**  
**Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w Umowach ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego Kolorowa Przyszłość.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania Funduszy i Planów utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze Składek zgodnie z OWU.
3. W Zasadach stosuje się postanowienia OWU. Określenia, które zostały zdefiniowane w OWU używane są w Zasadach w takim samym znaczeniu.

**OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW**

**§ 2**

1. Aktywa Funduszy i Planów są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze i Plany.
4. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu, Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o likwidacji Funduszu, Planu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu, Planu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek Funduszu, Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek Funduszu, Planu oznacza termin, od którego włącznie Ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu, Planu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu, Planu.
5. W okresie 3 miesięcy do daty likwidacji Funduszu, Planu Ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu do innego Funduszu, Planu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego Składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględnił likwidowany Fundusz, Plan.
6. W przypadku braku innych dyspozycji Ubezpieczającego do dnia likwidacji Funduszu, Planu, w ciągu 10-ciu dni roboczych licząc od daty likwidacji Funduszu, Planu, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu, Planu do Funduszu, Planu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu, Planu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty likwidacji Funduszu, Planu.
7. Transfer i zmiana podziału procentowego (alokacja), o którym mowa w ust. 5 – 6, nie zostanie uwzględniony w liczbie transferów i zmian podziału procentowego Składki będących podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego Składki.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o zmianie modelowej struktury aktywów Planu na co najmniej 3 miesiące przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego Planu.
9. W przypadku braku możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki Funduszu, Planu objętego zleceniem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania nabycia jednostek Funduszu, Planu oraz transferu środków do Funduszu, Planu w przypadku zawieszenia zbywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki lokowane są aktywa tego Funduszu, Planu.
10. W przypadku braku możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki Funduszu, Planu objętego zleceniem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania wykupów częściowych i wykupów całkowitych bądź transferu środków z danego Funduszu, Planu w przypadku zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki lokowane są aktywa tego Funduszu, Planu.
11. Zlecenia, o których mowa w ust. 9-10 zostaną zrealizowane po przywróceniu możliwości ich realizacji zgodnie z trybem, w jakim fundusz inwestycyjny, w którym są lokowane środki Funduszu, Planu realizował będzie nabycia oraz umorzenia jednostek uczestnictwa.
12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej [www.warta.pl](http://www.warta.pl) o podjęciu decyzji o których mowa w ust. 9 i 10 oraz zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.
13. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 oraz § 3 - 6 aktywa Funduszu są inwestowane w całości w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego otwartego lub w całości w inne tytuły uczestnictwa, umarzone na żądanie, emitowane przez instytucję wspólnego inwestowania, mającą siedzibę na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
14. Aktywa Funduszu mogą być lokowane poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z zasadami

określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie zezwolenia ogólnego, udzielonym przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych na drodze rozporządzenia, na uznawanie za środki stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów znajdujących się poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. 2004.94.910).

15. Charakterystykę aktywów otwartego funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Funduszu, a w przypadku innych tytułów uczestnictwa umarżanych na żądanie, emitowanych przez instytucję wspólnego inwestowania mającą siedzibę poza terytorium Polski – właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie takiej instytucji zgodnie z przepisami prawa dla niej właściwego.

### **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY**

#### **§ 3**

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

### **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU**

#### **§ 4**

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów,
  - 2) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNY**

### **§ 5**

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów,
  - 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

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

### **§ 6**

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

## **CHARAKTERYSTYKA PLANU DŁUŻNEGO AKTYWNEGO**

### **§ 7**

1. Celem Planu Dłużnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Dłużnego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dłużnego Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dłużnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
  - 2) 70% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
  - 3) 0% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 0% - 20%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dłużnego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Dłużnego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

## **CHARAKTERYSTYKA PLANU BEZPIECZNEGO AKTYWNEGO**

### **§ 8**

1. Celem Planu Bezpiecznego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Bezpiecznego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Bezpiecznego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
  - 2) 65% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
  - 3) 25% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 90%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 90%, a zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 10% - 50%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Bezpiecznego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Bezpiecznego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

## **CHARAKTERYSTYKA PLANU AKTYWNEJ ALOKACJI**

### **§ 9**

1. Celem Planu Aktywnej Alokacji jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Aktywnej Alokacji inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Aktywnej Alokacji prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Aktywnej Alokacji przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
  - 2) 40% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
  - 3) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Aktywnej Alokacji, przy czym charakterystyka Planu Aktywnej Alokacji jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

## **CHARAKTERYSTYKA PLANU AKCYJNEGO AKTYWNEGO**

### **§ 10**

1. Celem Planu Akcyjnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Akcyjnego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Akcyjnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
  - 2) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
  - 3) 90% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 30%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 30%, a zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 70% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Akcyjnego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Akcyjnego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

## **ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY, PLANÓW**

### **§ 11**

1. Zasady wyceny lokat Funduszy, Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z następujących przepisów prawnych: Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2010.11.66), Rozporządzenia

Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. 2009.226.1825), Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych (Dz.U. 2001.149.1674), Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 2013.330), z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.

2. Lokaty, których ryzyko ponosi Ubezpieczający, są wyceniane przez Ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy i Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

#### § 12


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

#### § 13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Zasadach mają zastosowanie postanowienia OWU, na podstawie których Umowa ubezpieczenia została zawarta.

#### § 14

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 240/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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

**Tabela opłat i limitów do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ**

Rodzaj opłaty/wskaźnika	Wysokość opłaty /wskaźnika	Tryb pobierania
<b>Umowa podstawowa</b>		
Procentowy wskaźnik kosztów	1,5%	Wskaźnik stosowany przy obliczaniu udziału w zysku
<b>Umowa dodatkowa- fundusz posagowy</b>		
Opłata dystrybucyjna	5% od Składki regularnej należnej w danym Roku polisowym	Opłata jest ustalona procentowo i pobierana jest od wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego, w dniu przeliczenia Składki regularnej i Składki dodatkowej na jednostki uczestnictwa według ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa za wpłaconą Składkę regularną i Składkę dodatkową. Opłata dystrybucyjna od każdej wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej pobierana jest w całym okresie trwania Umowy ubezpieczenia.
	3% od Składki dodatkowej należnej w danym Roku polisowym	
Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami: - 6 transferów w danym Roku polisowym oraz każdy transfer wykonany poprzez aplikację elektroniczną: - każdy kolejny transfer w danym Roku polisowym:	Brak opłaty	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
	20 PLN	
Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego Składki - 6 zmian procentowych w Roku polisowym oraz każda zmiana procentowa wykonana poprzez aplikację elektroniczną: - każdy kolejna zmiana procentowa w danym Roku polisowym:	Brak opłaty	Opłata jest ustalona kwotowo i pobierana poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych za Składki regularne i Składki dodatkowe o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie, według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.
	20 PLN	
Opłata za zarządzanie Funduszami:		
Warta Bezpieczny	nie więcej niż 1,25% w skali roku	Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu i pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny.
Warta Stabilnego Wzrostu	nie więcej niż 2,00 % w skali roku	
Warta Aktywny	nie więcej niż 2,30% w skali roku	
Opłata za czynności związane z procesem wykupu całkowitego lub częściowego		Opłata ustalana jest procentowo i pobierana jest od wypłacanej kwoty wykupu całkowitego lub częściowego
1) w pierwszym roku trwania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia	5%	
2) w drugim roku trwania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia	4%	
3) w trzecim roku trwania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia	3%	
4) w czwartym roku trwania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia	2%	
5) w piątym roku trwania Dodatkowej Umowy ubezpieczenia	1%	
6) od szóstego roku trwania Dodatkowej umowy ubezpieczenia	bez opłat	

<b>Umowa podstawowa</b>	
Minimalna wartość wykupu	2 000 zł
Minimalna składka ochronna dla Umowy Ubezpieczenia	Miesięczna – 60 zł Kwartalna – 177 zł Półroczna - 347 zł Roczna – 667 zł
<b>Umowa dodatkowa- fundusz posagowy</b>	
Minimalna składka regularna dla Dodatkowej Umowy z Funduszem Posagowym	Miesięczna – 60 zł Kwartalna – 177 zł Półroczna - 347 zł Roczna – 667 zł
Minimalna składka dodatkowa dla Dodatkowej Umowy z Funduszem Posagowym	700 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostająca na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi częściowemu	500 zł

<sup>1</sup> Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego indeksacji o publikowany przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, o ile wskaźnik ten przekroczy 0,5%.

Niniejsza Tabela opłat i limitów została zatwierdzona Uchwałą nr 242/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzona w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.

*Jarosław Parkot*

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



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



## **Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ**

### **§ 1**

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór (guz) złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny nowotwór mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby.

### **NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY**

#### **§ 2**

Za nowotwór (guz) złośliwy, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

### **NIEWYDOLNOŚĆ NEREK**

#### **§ 3**

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

### **ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU**

#### **§ 4**

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwały ubytek neurologiczny.

### **ŚPIĄCZKA**

#### **§ 5**

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

### **WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU**

#### **§ 6**

Za wirusowe zapalenie mózgu uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

### **DYSTROFIA MIĘŚNIOWA**

#### **§ 7**

Za dystrofię mięśniową uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni

### **CUKRZYCA**

#### **§ 8**

Za cukrzycę uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę endokrynologa.

## PRZEWLEKŁA NIWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

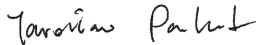
### § 9

Za przewlekłą niewydolność wątroby uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatią.

### § 10

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 243/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. z dnia 15 października 2013 roku i wprowadzony w życie z dniem 15 listopada 2013 roku.



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



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



