

Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. TWOJA STRATEGIA Premium – opis produktu	3
II. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium ...	7
1. Postanowienia ogólne	7
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	8
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia	9
4. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	9
5. Składka	10
6. Suma ubezpieczenia	11
7. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	11
8. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	13
9. Fundusze	14
10. Aktywa funduszy i opłaty ubezpieczyciela	15
11. Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa	16
12. Wykup ubezpieczenia	17
13. Indeksacja składki regularnej	18
14. Premia	18
15. Bonus inwestycyjny	19
16. Ubezpieczenie bezskładkowe	19
17. Zawieszenie opłacania składek regularnych	20
18. Wznowienie ubezpieczenia	20
19. Postanowienia końcowe	20
III. Tabela opłat i limitów	22
IV. Zasady działania funduszy	26
V. Lista Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych	30
VI. Katalog poważnych zachorowań	33

TWOJA STRATEGIA Premium ■

TWOJA STRATEGIA Premium to ubezpieczenie o charakterze inwestycyjnym, którego głównym celem jest gromadzenie i pomnażanie oszczędności w ramach ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych.

Dzięki **TWOJEJ STRATEGII Premium** zyskujesz:

- **dostęp do szerokiego wachlarza funduszy** w ramach jednej umowy,
- **możliwość pomnażania kapitału** w jednym lub kilku funduszach jednocześnie,
- **elastyczne zarządzanie kapitałem** dzięki możliwości przenoszenia środków pomiędzy funduszami w każdym czasie,
- **możliwość wpłat regularnych** (min. 1 000 zł miesięcznie) oraz **dodatkowych w dowolnych terminach**,
- **dostęp on-line do polisy** za pośrednictwem serwisu WartaNet,
- **korzyści podatkowe:**
 - **brak podatku od zysków kapitałowych** w przypadku przenoszenia środków pomiędzy funduszami w ramach jednej umowy,
 - **świadczenie** wypłacane osobie uprawnionej **nie podlegające opodatkowaniu podatkiem od spadków i darowizn**,
- **ubezpieczenie na życie**, które w przypadku Twojej śmierci zapewnia wypłatę zgromadzonych środków dowolnie wskazanej osobie uprawnionej bez konieczności przeprowadzania postępowania spadkowego,
- **możliwość rozszerzenia ochrony ubezpieczeniowej o atrakcyjny Pakiet Ubezpieczeń Wypadkowych.**

TWOJA STRATEGIA Premium to umowa ubezpieczenia na życie, której podstawą są Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym **TWOJA STRATEGIA Premium** (OWU). Poniżej przedstawiamy główne elementy oferty w wersji skróconej, ze wskazaniem na poszczególne paragrafy OWU, w których znajdują się postanowienia szczegółowe dotyczące danej kwestii.

KTO MOŻE PRZYSTĄPIĆ DO UBEZPIECZENIA I JAKI JEST OKRES UMOWY?

Umowa może być zawarta przez osoby w wieku od 18. do 57. roku życia. Produkt kierowany jest do osób zainteresowanych regularnym inwestowaniem kapitału w długim okresie czasu. Umowa zawierana jest na 10 lat. Jeżeli przed upływem tego okresu (najpóźniej 30 dni) nie złożysz oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, wówczas przekształci się ona w umowę na czas nieokreślony z możliwością rozwiązania w dowolnym terminie.

Umowa ulega rozwiązaniu przed upływem 10 lat, jeżeli m.in.: odstąpisz od umowy lub ją wypowiedzisz, złożysz wniosek o wykup całkowity lub o wypłatę świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną.

Szczegółowe informacje o zawarciu umowy ubezpieczenia: §3 OWU.

Szczegółowe informacje o rozwiązaniu umowy ubezpieczenia: §4 i 5 OWU.

JAK INWESTOWANY JEST TWÓJ KAPITAŁ?

Przystępując do umowy możesz wskazać jeden lub kilka funduszy, w które chcesz inwestować kapitał. Wpłacane składki są przeznaczane na zakup jednostek uczestnictwa wybranych funduszy i ewidencjonowane na Twoim indywidualnym koncie inwestycyjnym. Odrębnie prowadzone jest indywidualne konto składek regularnych i składek dodatkowych.

Szczegółowe informacje o składkach: §6 OWU.

Szczegółowe informacje o inwestowaniu składki: §12 OWU.

W JAKIE FUNDUSZE MOŻESZ INWESTOWAĆ SWÓJ KAPITAŁ?

TWOJA STRATEGIA Premium to propozycja kilkudziesięciu Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych, opartych o renomowane fundusze inwestycyjne. Tak szeroki wachlarz funduszy pozwala na inwestowanie kapitału na rynku akcji, obligacji i pieniężnym, zarówno w Polsce, jak i na rynkach światowych.

Szczegółowa lista i opis funduszy: załącznik nr 3 do OWU.

JAKI ZAKRES OCHRONY ZAPEWNIĄ UBEZPIECZENIE?

Przystępując do umowy, zostajesz objęty ochroną ubezpieczeniową na wypadek poważnego zachorowania, choroby śmiertelnej, śmierci oraz śmierci w wyniku wypadku. W przypadku poważnego zachorowania lub choroby śmiertelnej otrzymasz świadczenie w wysokości określonej w OWU. Świadczenie w przypadku śmierci zostanie wypłacone osobie uprawnionej, którą wskażesz w umowie.

Szczegółowe informacje o wypłacie świadczenia: §7 i §8 OWU.

ILE WYNOŚI SKŁADKA?

W umowie **TWOJA STRATEGIA Premium** wymagane jest opłacanie składki regularnej, której częstotliwość i wysokość określasz przy podpisywaniu umowy. Składka może być opłacana miesięcznie (min. 1 000 zł) lub rocznie (min. 12 000 zł). Jest ona lokowana na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych. Poza składką regularną możesz również wpłacać składkę dodatkową, która zwiększa zgromadzony przez Ciebie kapitał. Składka dodatkowa może być opłacana w dowolnym czasie, w wysokości min. 100 zł i jest lokowana na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych.

Szczegółowe informacje dotyczące składki: §6 OWU.

CZY MOŻESZ WYCOFAĆ KAPITAŁ PRZED KOŃCEM UMOWY?

10-letni okres umowy to czas, który zmniejsza ryzyko inwestowania, zwiększa szansę osiągnięcia założonych celów inwestycyjnych i pozwala na efektywne pomnażanie kapitału. W przypadku nagłych potrzeb możesz jednak wypłacić część (wykup częściowy) lub całość kapitału (wykup całkowity). Wiąże się to jednak z opłatami. Ich wysokość zależy od rodzaju składek (regularne, dodatkowe), które chcesz wykupić, ilości wykupów w danym roku i okresu trwania umowy.

Wykupu częściowego możesz dokonać:

- z konta składek regularnych: po upływie 4. roku ubezpieczeniowego,
- z konta składek dodatkowych: po upływie 30 dni od zawarcia umowy.

W każdym momencie możesz dokonać wykupu całkowitego, ale jest to równoznaczne z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.

Szczegółowe informacje dotyczące wykupu i opłat z nim związanych: §16 OWU; załącznik nr 1 do OWU, Tabela opłat i limitów.

CO W SYTUACJI, GDY NIE BĘDZIESZ MÓGŁ OPŁACAĆ SKŁADKI?

W przypadku problemów finansowych, które spowodują, że przez pewien czas nie będziesz w stanie opłacać składki regularnej, możesz zawiesić jej opłacanie. Zawieszenie jest możliwe po upływie 3 lat trwania umowy na okres maksymalnie 12 miesięcy. W okresie zawieszenia opłacania składki regularnej możesz cały czas wpłacać składki dodatkowe.

Szczegółowe informacje dotyczące zawieszenia opłacania składki regularnej: §21 OWU.

CO MOŻESZ ZMIENIĆ W TRAKCIE TRWANIA UMOWY?

W trakcie trwania umowy możesz zmienić:

- wysokość składki regularnej, tj. podwyższyć (od drugiego roku trwania ubezpieczenia) lub obniżyć (od trzeciego roku trwania ubezpieczenia),
- częstotliwość opłacania składki – od drugiego roku trwania ubezpieczenia,
- osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia – w każdym czasie.

W celu wprowadzenia zmian w zakresie składki, należy złożyć stosowny wniosek (najpóźniej 60 dni przed rocznicą polisy). Zmiany będą możliwe pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu składek regularnych.

Szczegółowe informacje dotyczące zmiany wysokości składki: §6 OWU.

KIEDY MOŻESZ OTRZYMAĆ PREMIĘ I BONUS INWESTYCYJNY?

Długoterminowe inwestowanie z **TWOJĄ STRATEGIĄ Premium** jest dodatkowo nagradzane:

- **premią jednorazową** w wysokości 60% składki regularnej, którą opłaciłeś za pierwszy rok ubezpieczenia; premia jest wypłacana po upływie 10 rocznicy polisy na zasadach i warunkach określonych w OWU,
- **bonusem inwestycyjnym** w wysokości 10% składki regularnej, która wynikała z umowy i została przez Ciebie opłacona za pierwszy rok ubezpieczenia. Bonus jest naliczany za każdy rok trwania ubezpieczenia przypadający po 11 rocznicy umowy, zgodnie z warunkami określonymi w OWU.

Premia i bonus są wypłacane w postaci jednostek uczestnictwa i zasilają Twoje konto składek dodatkowych.

Szczegóły dotyczące premii i bonusu inwestycyjnego: §18 i §19 OWU.

JAK MOŻESZ SPRAWDZIĆ WARTOŚĆ SVOJEJ INWESTYCJI?

Stan swojego konta inwestycyjnego możesz na bieżąco sprawdzać dzięki specjalnemu serwisowi internetowemu WartaNet. Poprzez serwis możesz również w łatwy i szybki sposób dokonać przesunięć (transferu) środków pomiędzy dostępnymi funduszami. Wniosek o dostęp do serwisu możesz złożyć w dniu zawarcia umowy. Link aktywujący wraz z instrukcją dalszego postępowania otrzymasz na podany adres e-mail. Hasło do pierwszego logowania otrzymasz SMS-em na wskazany numer telefonu. W każdym roku trwania ubezpieczenia otrzymasz również pismo z TUNŻ WARTA S.A. informujące o wartości zgromadzonych jednostek uczestnictwa w poszczególnych funduszach.

Szczegóły dotyczące serwisu WartaNet: Regulamin korzystania z usług serwisu internetowego WartaNet dostępny na stronie www.wartanet.pl.

JAKIE SĄ OPŁATY ZWIĄZANE Z PRODUKTEM?

Z tytułu umowy ubezpieczenia **TWOJA STRATEGIA Premium** pobierane są opłaty zgodnie z tabelą opłat i limitów.

Szczegóły dotyczące wysokości i trybu pobierania opłat: §14 OWU, załącznik nr 1 do OWU – Tabela opłat i limitów.

JAK MOŻESZ SKORZYSTAĆ Z DODATKOWEGO PAKIETU UBEZPIECZEŃ?

Zawierając umowę ubezpieczenia w ramach OWU **TWOJA STRATEGIA Premium**, możesz skorzystać ze specjalnej propozycji Pakietu Ubezpieczeń Wypadkowych.

Pakiet zapewnia Ci wsparcie finansowe w postaci świadczenia wypłacanego w przypadku:

- trwałego i całkowitego inwalidztwa,
- czasowej niezdolności do pracy,
- trwałego uszczerbku na zdrowiu, powstałych w wyniku wypadku.

Pakiet Ubezpieczeń Wypadkowych to także usługa Assistance Medyczny, z której możesz skorzystać Ty oraz Twoi bliscy (małżonek i dzieci) w nagłych wypadkach. Usługa obejmuje m.in. organizację i pokrycie kosztów: transportu medycznego, wizyty pediatry, dostawy leków, rehabilitacji oraz sprzętu rehabilitacyjnego, opieki nad dziećmi.

Szczegółowe informacje o Pakiecie Ubezpieczeń Wypadkowych: Ogólne Warunki Ubezpieczenia TWOJA STRATEGIA Premium – PAKIET UBEZPIECZEŃ WYPADKOWYCH.

W JAKICH PRZYPADKACH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI?

Zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia wyłącznie w przypadkach przewidzianych i wymienionych w OWU.

Szczegółowe informacje o wyłączeniach odpowiedzialności: §11 OWU.

Powyższy opis produktu nie zawiera kompletu informacji i nie może być traktowany jako oferta handlowa w rozumieniu art. 66 Kodeksu cywilnego.

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. z ubezpieczającymi, za pośrednictwem EXPANDER Advisors Sp. z o.o.
2. W niniejszych OWU mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **agent** – EXPANDER Advisors Sp. z o.o.;
 - 2) **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. Informacje o dniach wolnych od pracy ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie;
 - 3) **fundusz** – wydzielona część aktywów ubezpieczyciela; fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, jest ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej (tekst jednolity Dz.U. z 2013r. poz. 950);
 - 4) **indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i składek dodatkowych;
 - 5) **indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych** – indywidualne konto inwestycyjne dla składek dodatkowych, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składki dodatkowe;
 - 6) **indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych** – indywidualne konto inwestycyjne dla składek regularnych, na którym są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne;
 - 7) **komisja lekarska** – lekarz lub zespół lekarzy powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 8) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
 - 9) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek, na jednostki uczestnictwa funduszu;
 - 10) **okres prolongaty** – okres 60 dni kalendarzowych rozpoczynający się od dnia następnego po dniu, w którym upłynął termin płatności pierwszej nieopłaconej składki regularnej; opłacenie wymaganej składki regularnej w okresie prolongaty umożliwia utrzymanie ochrony ubezpieczeniowej w stosunku do ubezpieczonego;
 - 11) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 12) **rocznica ubezpieczenia** – rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia. Jeśli umowa jest zawierana 29 lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego;
 - 13) **rok ubezpieczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami ubezpieczenia;
 - 14) **składka dodatkowa** – składka, którą ubezpieczający opłaca w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość składki dodatkowej nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat i limitów;
 - 15) **składka regularna** – składka, którą ubezpieczający opłaca w terminach wskazanych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i w wysokości tam określonej, z zastrzeżeniem iż wysokość składki nie może być niższa niż minimalna kwota składki obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat i limitów;
 - 16) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;

- 17) **tabela opłat i limitów** – tabela zawierająca informację o rodzajach, wysokości i trybie pobierania opłat oraz o wskaźnikach i limitach obowiązujących w indywidualnym ubezpieczeniu na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium; tabela stanowi załącznik nr 1 do OWU;
- 18) **ubezpieczający** – osoba fizyczna zawierająca umowę ubezpieczenia;
- 19) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
- 20) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie WARTA Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie;
- 21) **umowa/umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych OWU, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; na mocy której, ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę regularną;
- 22) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeśli zajdzie zdarzenie przewidziane w umowie ubezpieczenia;
- 23) **wartość polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
- 24) **wartość dodatkowa polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
- 25) **wartość ryzyka** – kwota równa wartości świadczenia pomniejszona o wartość polisy i wartość dodatkową polisy;
- 26) **wartość wykupu całkowitego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia na zasadach określonych w § 16;
- 27) **wartość wykupu częściowego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku ze złożeniem przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu częściowego na zasadach określonych w § 16;
- 28) **wniosek** - oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu, za pośrednictwem agenta;
- 29) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy; wskaźnik jest publikowany przez GUS nie wcześniej niż 4 miesiące przed rocznicą ubezpieczenia, której dotyczy indeksacja;
- 30) **wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest 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;
- 31) **zasady działania funduszy (zasady)** – załącznik nr 2 do OWU, w którym są określone zasady funkcjonowania i strategia funduszy oferowanych przez ubezpieczyciela.

§ 2 PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

1. Przedmiotem ubezpieczenia są życie i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie następujących rodzajów ryzyka:
 - 1) zgonu ubezpieczonego;
 - 2) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 3) poważnego zachorowania ubezpieczonego;
 - 4) choroby śmiertelnej ubezpieczonego.
3. Przez poważne zachorowanie ubezpieczonego rozumie się zdiagnozowanie u ubezpieczonego któregośkolwiek z zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, który stanowi załącznik nr 4 do OWU, pod warunkiem że śmierć ubezpieczonego, która jest następstwem poważnego zachorowania, nie nastąpi w terminie 30 dni od dnia zajścia tego zdarzenia.
4. Przez chorobę śmiertelną ubezpieczonego rozumie się zaawansowaną, postępującą, nieuleczalną chorobę zdiagnozowaną po raz pierwszy u ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, która na podstawie co najmniej dwóch niezależnych opinii wydanych przez

lekarzy (potwierdzonych przez lekarza orzecznika ubezpieczyciela) zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej doprowadzi do śmierci ubezpieczonego w ciągu sześciu miesięcy. Warunkiem uznania choroby za śmiertelną jest jej znaczne zaawansowanie uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i kontynuowanie jedynie leczenia objawowego (łagodzącego dolegliwości, przynoszącego ulgę choremu – pod postacią leczenia przeciwbólowego, odbarczającego itp.).

§ 3 ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na okres dziesięciu lat, z zastrzeżeniem że:
 - 1) umowa ubezpieczenia przekształca się w umowę na czas nieokreślony, jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczyciel nie złożą oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy ubezpieczenia;
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone odpowiednio ubezpieczycielowi albo ubezpieczającemu najpóźniej na 30 dni przed końcem dziesiątej rocznicy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 57 lat.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i doręczonego ubezpieczycielowi za pośrednictwem agenta oraz po opłaceniu pierwszej składki regularnej.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

§ 4 ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania bez podania przyczyn – z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg terminu wypowiedzenia rozpoczyna się w dniu doręczenia ubezpieczycielowi oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie pod rygorem nieważności poprzez złożenie wniosku o dokonanie wykupu całkowitego ubezpieczenia zgodnie z trybem przewidzianym w § 16. Dzień złożenia wniosku wykup całkowity jest odpowiednio dniem odstąpienia albo dniem złożenia wypowiedzenia.
4. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy ubezpieczenia:
 - 1) ubezpieczyciel na podstawie wniosku złożonego przez ubezpieczającego wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 16) powiększoną o pobrane opłaty, bez obciążania opłatą dystrybucyjną za wykup ubezpieczenia ani opłatą transakcyjną za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych, nieprzewyższającej jednak wartości wpłaconych składek regularnych i składek dodatkowych;
 - 2) ubezpieczyciel zwraca opłaty za ryzyko w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia;
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem upływu okresu wypowiedzenia, ze skutkiem na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego albo z dniem, o którym mowa w ust. 3;
 - 3) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu;
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach określonych w § 6 ust. 13 pkt 1) – z upływem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczeniowego, za który składka regularna została opłacona;
 - 5) złożenia wniosku o wykup całkowity ubezpieczenia, o którym mowa w § 16 – z dniem następnym po dniu doręczenia wniosku o wykup ubezpieczenia;

- 6) złożenia wniosku o wypłatę świadczenia w związku z chorobą śmiertelną ubezpieczonego albo poważnym zachorowaniem ubezpieczonego – z dniem następnym po dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Ubezpieczający wypowiada umowę w przypadku spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 14 za dany miesiąc ubezpieczeniowy.
3. Rozwiązanie umowy, o którym mowa w ust. 2, następuje z ostatnim dniem okresu, za który opłaty z tytułu umowy ubezpieczenia zostały pobrane; okres ten jest wyznaczany na podstawie iloczynu liczby dni danego miesiąca ubezpieczeniowego, w którym wartość polisy spadła poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 14, oraz stosunku wartości polisy według stanu na pierwszy dzień tego miesiąca ubezpieczeniowego do kwoty opłat należnych za ten miesiąc ubezpieczeniowy.
4. Jeśli umowa ubezpieczenia zostanie rozwiązana w sytuacji opisanej w ust. 1 pkt 4), ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego na podstawie wniosku złożonego przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem że wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 6 SKŁADKA

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składki regularnej w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Wysokość składki regularnej jest określana na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku ubezpieczenia, a jej wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki regularnej wskazana w tabeli opłat i limitów.
3. Składka może być opłacana okresowo: miesięcznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki regularnej jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający opłaca pierwszą składkę regularną najpóźniej w ciągu 14 dni od podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Jeśli składka regularna nie zostanie opłacona w terminie, o którym mowa w ust. 4, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
6. Jeśli pierwsza składka regularna zostaje wpłacona w wysokości niższej niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia nie jest zawierana, a wpłacona kwota jest zwracana na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata.
7. Jeśli pierwsza składka regularna zostanie wpłacona w wysokości wyższej niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, to umowa ubezpieczenia jest zawierana, a kwota w wysokości różnicy między kwotą wpłaconą a kwotą zadeklarowaną we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia jest zwracana na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata.
8. Ubezpieczający jest zobowiązany wpłacić każdą następną składkę regularną zgodnie ze wskazaniem okresu opłacania – do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
9. Ubezpieczający ma prawo wpłacać – poza składką regularną – składkę dodatkową na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczyciela, w dowolnych terminach w czasie umowy ubezpieczenia; składka musi mieć wysokość nie niższą niż minimalna wysokość składki dodatkowej wskazana w tabeli opłat i limitów.
10. Za dzień wpłaty składki regularnej lub dodatkowej uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela dla danego rodzaju składki.
11. Jeśli składka regularna nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 8, ubezpieczyciel pisemnie wezwie ubezpieczającego do wpłaty zaległych składek regularnych należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej do dnia upływu okresu prolongaty.
12. Jeżeli wartość jednostek na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych wystarcza na pokrycie należnej składki regularnej, to po zakończeniu okresu prolongaty ubezpieczyciel przeniesie jednostki o równowartości kwoty należnej składki regularnej z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych po pobraniu opłaty dystrybucyjnej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia). Przeniesienie jednostek uczestnictwa nastąpi poprzez proporcjonalne odliczenie jednostek uczestnictwa z funduszu lub funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym

składek dodatkowych i zaksięgowanie jednostek tych samych funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później niż 5 dni roboczych od zakończenia okresu prolongaty.

13. Jeżeli wartość jednostek na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych nie wystarcza na pokrycie zaległej składki regularnej, a w okresie prolongaty ubezpieczający nie pokryje całości zaległych składek, wówczas:
 - 1) gdy data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła przed upływem dziesiątej rocznicy ubezpieczenia – umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z upływem ostatniego dnia miesiąca ubezpieczeniowego, za który składka regularna została opłacona;
 - 2) gdy data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła po upływie dziesiątej rocznicy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 20, z upływem ostatniego dnia okresu prolongaty.
14. Od drugiego roku ubezpieczeniowego ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie wysokości składki regularnej, jeśli nie ma zaległości w opłacaniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego dotyczący podwyższenia wysokości składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 60 dni przed rocznicą ubezpieczenia, od której ma obowiązywać zmiana. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę wysokości składki regularnej.
15. Od trzeciego roku ubezpieczeniowego ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie wysokości składki regularnej do kwoty nie niższej niż wysokość składki regularnej wskazanej we wniosku – pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego o obniżenie wysokości składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 60 dni przed rocznicą ubezpieczenia, od której ma obowiązywać zmiana. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę wysokości składki.
16. Od drugiego roku ubezpieczeniowego ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 60 dni przed rocznicą ubezpieczenia, od której ma obowiązywać zmiana. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę częstotliwości opłacania składki.

§ 7 SUMA UBEZPIECZENIA

1. Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 pkt 1) jest równa wartości wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych powiększonej o świadczenie dodatkowe określone w § 8 ust. 1.
2. Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 pkt 2) jest równa wartości wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych powiększonej o świadczenie dodatkowe określone w § 8 ust. 1 i 2.
3. Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 pkt 3)-4) równa jest wartości wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych, powiększonej o świadczenie dodatkowe określone w § 8 ust. 3.

§ 8 USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 1, w której świadczenie dodatkowe wynosi 1% wartości wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych, powiększone o wartość wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu – oprócz świadczenia, o którym mowa w ust. 1 – świadczenie dodatkowe w wysokości 10 000 zł.
3. Z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 7 ust. 3, w której świadczenie dodatkowe jest równe opłacie dystrybucyjnej za wykup ubezpieczenia jednak nie więcej niż wartość wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i wartość wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych powiększona o limit (przypadający na daną umowę ubezpieczenia, dotyczący świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego)

określony w tabeli opłat i limitów. Limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia jest równy limitowi dotyczącemu danego świadczenia, określonego przez ubezpieczyciela w tabeli opłat i limitów pomnożonemu przez ułamek odpowiadający udziałowi sumy ubezpieczenia z danej umowy ubezpieczenia, w sumie sum ubezpieczenia ze wszystkich umów ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność, zawartych na rzecz tego samego ubezpieczonego na podstawie niniejszych OWU.

4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, o którym mowa w ust. 1-3, w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 5-13, § 16 ust. 7-10 i 15, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia; do wniosku uprawniony jest zobowiązany dołączyć wskazane przez ubezpieczyciela dokumenty, które są niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia, przy czym za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
5. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie do 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
6. W odniesieniu do wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego albo poważnego zachorowania ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed komisją lekarską, w celu potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie do 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu..
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 7.
9. Gdyby w terminie określonym w ust. 7 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. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 7.
10. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego kwotą należnego świadczenia.
11. W razie odmowy wypłaty świadczenia ubezpieczyciel jest zobowiązany uzasadnić swoje stanowisko pisemnie, informując uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
12. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej, albo przed sąd właściwy dla siedziby ubezpieczającego lub miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
13. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku uprawnionym do świadczenia jest osoba wskazana przez ubezpieczającego, a z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego oraz śmiertelnej choroby ubezpieczonego uprawnionym jest ubezpieczony.
2. Ubezpieczający może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz z tytułu zgonu w wyniku wypadku ubezpieczonego w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
3. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 2.
4. Ubezpieczający pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego.

§ 10

1. Jeżeli ubezpieczający wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu, udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczającego, zgodnie z § 9 zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do zgonu ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia, to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brakuje małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brakuje małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym z ustawy – kodeks cywilny, z wyłączeniem gminy i Skarbu Państwa, jeżeli brakuje małżonka, dzieci, rodziców.
4. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 3, to świadczenie przypada w częściach równych osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym z testamentu.

§ 11

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego w przypadku zdarzeń określonych w ust. 1 oraz zdarzeń, które powstały w związku z:
 - 1) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów;
 - 2) wystąpieniem u ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień;
 - 3) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, alpinizmu, wspinaczki skałkowej, alpinizmu jaskiniowego, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie, kolarstwa górskiego, kajakarstwa, kanadyjkarstwa;
 - 4) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych;
 - 5) 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;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 7) zawodowym uprawianiem przez ubezpieczonego sportów.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego przypadku zdarzeń

określonych w ust. 1 i 2 oraz zdarzeń powstałych w związku z zakażeniem ubezpieczonego wirusem HIV.

4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego w przypadku zdarzeń określonych w ust. 1-3 oraz zdarzeń powstałych w związku chorobami śmiertelnymi ubezpieczonego powstałymi na skutek wypadku.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego i poważnego zachorowania ubezpieczonego nie dotyczy tych chorób śmiertelnych i poważnych zachorowań, które wystąpiły u ubezpieczonego (były zdiagnozowane lub leczone) już przed początkiem ochrony w zakresie ryzyka choroby śmiertelnej i poważnego zachorowania.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego jest ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, jeżeli do zgonu ubezpieczonego przyczyniły się choroba zdiagnozowana lub leczona przed dniem przystąpienia do umowy ubezpieczenia lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
7. Wypłata wartości wykupu całkowitego, o której mowa w ust. 1-4 i 6, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia. Na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia. Wartość wykupu całkowitego jest obliczana i wypłacana w terminie określonym w § 16 i na zasadach tam opisanych.
8. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia, które powstały w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.. W takim przypadku ubezpieczyciel wypłaca spadkobiercy ubezpieczonego wartość wykupu całkowitego. Wypłata wartości wykupu całkowitego następuje na wniosek spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień, w którym spadkobierca złożył ubezpieczycielowi wniosek. Wartość wykupu całkowitego jest obliczana i wypłacana w terminie określonym w § 16 ust. 7-11 i na zasadach tam opisanych.

§ 12 FUNDUSZE

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze stanowiące wydzieloną dla każdego z funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, w które będą inwestowane zarówno składki regularne, jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo z dokładnością do 1%, przy czym wskazanie dla każdego z funduszy nie może wynosić mniej niż 10%.
3. Fundusze są tworzone ze składek opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne dla składek regularnych i składek dodatkowych. Na tych kontach są ewidencjonowane jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za składkę regularną i składki dodatkowe w ramach funduszy. Każdy fundusz jest ewidencjonowany w odrębnych jednostkach uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z zastrzeżeniem § 15 ust. 3 i 4.

§ 13

1. Każda wpłacona składka regularna i składka dodatkowa jest przeznaczona na zakup jednostek uczestnictwa w funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego, odpowiednio dla składki regularnej i składki dodatkowej.
2. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu stosownego wniosku. Wniosek jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
3. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych funduszy wybranych przez ubezpieczającego nie jest równa 100%, dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie jest realizowana.
4. Ubezpieczający może w dowolnym terminie transferować jednostki uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej lub składki dodatkowej w poszczególnych funduszach.
5. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego funduszu, z którego transfer jest dokonywany, odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz na nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę (pomniejszoną o opłatę transakcyjną za

transfer jednostek uczestnictwa między funduszami, zgodną z tabelą opłat i limitów) jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym funduszu, do którego transfer jest dokonywany.

6. Jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej, wszystkie zlecenia transferu jednostek uczestnictwa, o których mowa w ust. 5, składane przez ubezpieczającego drogą elektroniczną, są bezpłatne.
7. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmiany podziału procentowego są zlecane oddzielnie dla indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz oddzielnie dla składek dodatkowych. Jeśli nie zostanie wskazane Indywidualne konto inwestycyjne składek, dla którego ma być zrealizowane zlecenie, dyspozycję uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji.
8. Nie można dokonywać transferu między indywidualnym kontem inwestycyjnym składek regularnych a indywidualnym kontem inwestycyjnym składek dodatkowych.
9. Dokonując transferu, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty doręczenia odpowiedniego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 10 i 11. Wniosek o transfer jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
10. Jeżeli wniosek o transfer został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje częściowego wykupu lub transferu, lub nabycia jednostek uczestnictwa za składki regularne lub składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji (w obrębie tych samych funduszy), to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty zrealizowania dyspozycji złożonych wcześniej przez ubezpieczającego.
11. Jeżeli wniosek o transfer został złożony w okresie zawieszenia możliwości transferowania środków z funduszu lub do funduszu, o którym mowa w § 2 ust. 9 zasad działania funduszy (którego dotyczy dyspozycja ubezpieczającego), transferu z tego funduszu lub do tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
12. W tabeli opłat i limitów ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu, stosując ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w dniu złożenia wniosku o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa.
13. Wartość jednostek pozostających na funduszu wyjściowym jest niższa niż wskazana w tabeli opłat i limitów, transferowi podlegają wszystkie jednostki uczestnictwa z funduszu wyjściowego.
14. Gdy wartość jednostek podlegających transferowi z funduszu wyjściowego jest niższa niż wskazana w tabeli opłat i limitów, transfer nie zostanie zrealizowany.
15. 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.

§ 14 AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY UBEZPIECZYCIELA

1. Środki funduszy są lokowane zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów funduszu jest ustalana według aktualnej wartości rynkowej środków funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów funduszu jest powiększana z tytułu wpłat składek regularnych i składek dodatkowych oraz z przychodów z lokat środków funduszu.
4. Wartość aktywów funduszu jest pomniejszana o kwoty wypłacane w trybie § 8 i § 16, opłaty wymienione w ust. 6-13 i 15 oraz należności wynikające z przepisów podatkowych.
5. Wysokości oraz tryb pobierania opłat wymienionych w ust. 6-15 są określone w tabeli opłat i limitów – załączniku nr 1 do OWU
6. Opłata dystrybucyjna z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia pokrywa sumę kosztów związanych z zawarciem umowy ubezpieczenia i kwoty stanowiącej podstawę rozliczenia premii. Opłata jest pobierana od składek należnych w pierwszym roku ubezpieczeniowym.
7. Opłata za zarządzanie i ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania i choroby śmiertelnej pokrywa koszty związane z lokowaniem środków w każdym funduszu na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych i składek dodatkowych, w którym ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa, a także koszt ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela w związku z udzielaną ochroną z tytułu poważnego zachorowania i choroby śmiertelnej.
8. Opłata za prowadzenie umowy ubezpieczenia pokrywa koszty ubezpieczyciela związane z administrowaniem umową ubezpieczenia.

9. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu pokrywa ryzyko ponoszone przez ubezpieczyciela w związku z udzielaną ochroną z tytułu zgonu.
10. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu w wyniku wypadku pokrywa ryzyko ponoszone przez ubezpieczyciela w związku z udzielaną ochroną z tytułu zgonu w wyniku wypadku.
11. Opłata dystrybucyjna za wykup ubezpieczenia pokrywa koszty związane z objęciem danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową; na koszty te składają się koszty wdrożenia i dystrybucji produktu ubezpieczeniowego, o których mowa w ust. 16. Opłata dystrybucyjna jest pobierana wyłącznie w przypadku wniosków o wykup całkowity lub wykup częściowy z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych złożonych przed upływem pierwszych 10 lat okresu ubezpieczenia.
12. Opłata transakcyjna za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych.
13. Opłata transakcyjna za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta składek dodatkowych pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych.
14. Opłata transakcyjna za wznowienie ubezpieczenia pokrywa koszty czynności administracyjnych związanych ze wznowieniem umowy ubezpieczenia. Opłata jest pobierana jednorazowo w przypadku wznowienia ubezpieczenia .zgodnie z § 22.
15. Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o dokonanie transferu.
16. Koszty związane z wdrożeniem i dystrybucją produktu ubezpieczeniowego:
 - 1) w pierwszych 24 miesiącach od zawarcia umowy ubezpieczenia są równe sumie 50% składek regularnych należnych od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia złożenia wniosku o wykup całkowity – według wysokości składki regularnej z dnia podpisania wniosku,
 - 2) po upływie 24 miesięcy ubezpieczeniowych od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia koszty związane z wdrożeniem oraz dystrybucją produktu ubezpieczeniowego są równe sumie 50% składek regularnych należnych od zawarcia umowy ubezpieczenia za pierwsze 24 miesiące ubezpieczeniowe (według wysokości składki regularnej z dnia podpisania wniosku pomniejszonej o pobrane opłaty dystrybucyjne za wykup ubezpieczenia za zrealizowane wykupy częściowe z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych).
17. Opłaty, o których mowa w ust. 7-10, są pobierane w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.
18. Zawieszenie opłacania składek regularnych i przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat.

§ 15 WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

1. Jednostki uczestnictwa są wyceniane na podstawie aktualnej wartości aktywów funduszy w celu ustalenia ceny jednostek uczestnictwa.
2. Jednostki uczestnictwa są wyceniane 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.
3. Ceny jednostki uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów funduszu 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 dokonano wyceny, do dnia, w którym dokonano kolejnej wyceny włącznie.
4. Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych od:
 - 1) późniejszej z dat: daty wpływu składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek ubezpieczyciela lub daty płatności składki regularnej;
 - 2) daty wpływu składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela.
5. Jednostki uczestnictwa nabywa się w terminie 7 dni roboczych od dnia, w którym ustalono cenę jednostki uczestnictwa.
6. Nie rzadziej niż raz na rok ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego.

§ 16 WYKUP UBEZPIECZENIA

1. Jeśli ubezpieczający złoży wniosek o wykup całkowity po upływie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu będzie wypłacona wartość wykupu całkowitego.
2. Ubezpieczający ma prawo dokonać wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, z zastrzeżeniem, iż wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych można dokonać po upływie 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia, a wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych – od czwartego roku ubezpieczeniowego.
3. Pierwsze dwa wykupy częściowe z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych (tj. dwa wnioski złożone w danym roku ubezpieczeniowym) są wolne od opłat transakcyjnych za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta składek dodatkowych. Za każdy następny wykup częściowy z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych (wniosek) jest pobierana opłata transakcyjna zgodnie z tabelą opłat i limitów.
4. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie ze wskazanego przez ubezpieczającego indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub składek dodatkowych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego przez ubezpieczającego.
5. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał indywidualnego konta inwestycyjnego składek, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykup nie jest realizowany.
6. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał funduszu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na wskazanym indywidualnym koncie inwestycyjnym. Jeśli zawiesi się możliwość dokonywania wykupów częściowych, o której mowa w § 2 ust. 9-12 zasad działania funduszy, któregokolwiek z funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, których zawieszenie nie dotyczy.
7. Ustalając wartość wykupu całkowitego i wartość wykupu częściowego, ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym. Wartość ta jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od dnia doręczenia przez ubezpieczającego wniosku o wykup całkowity lub wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 8 i 9 oraz § 5 ust. 4.
8. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu, o którym mowa w § 13, 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, to przy ustalaniu wartości wykupu całkowitego lub wartości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na wskazanym indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub składek dodatkowych obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji.
9. 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. 9-12 zasad działania funduszy, któregokolwiek z funduszy (którego dotyczy dyspozycja ubezpieczającego), wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z tego funduszu, dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
10. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie, gdy ubezpieczyciel zaakceptuje wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy.
11. Kwotę składającą się na wartość wykupu całkowitego lub wartość wykupu częściowego uwzględniającą opłaty, o których mowa w § 14 ust. 11-13, oraz podatek ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu w ciągu 14 dni roboczych od dnia doręczenia wniosku o wykup całkowity lub wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8-9.
12. Opłata, o której mowa w § 14 ust. 11, nie jest pobierana w przypadku pierwszego wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych w czasie trwania umowy ubezpieczenia, dla części wykupu, której wartość według ceny jednostki, zgodnie z którą został zrealizowany wykup częściowy była nie większa niż 10% wartości indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych.

13. Jeżeli kwoty wykupu częściowego w odniesieniu do danego funduszu wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku są wyższe niż wartość jednostek uczestnictwa danego funduszu, to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego funduszu.
14. Gdy zostanie dokonany wykup częściowy polegający na umorzeniu wszystkich jednostek uczestnictwa z ostatniego funduszu, w którym ubezpieczający posiadał jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, wykup częściowy jest traktowany wówczas jako dokonanie wykupu całkowitego i skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia.
15. Przy ustaleniu wartości wykupu całkowitego na potrzeby wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego wypłacana kwota nie uwzględnia opłat, o których mowa w § 14 ust. 11-13, z zastrzeżeniem § 11 ust. 1-4, 6 i 8.

§ 17 INDEKSACJA SKŁADKI REGULARNEJ

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel może zaproponować ubezpieczającemu w każdą rocznicę ubezpieczenia indeksację (podwyższenie) składki regularnej o wskaźnik indeksacji, przysyłając ubezpieczającemu, na co najmniej 60 dni przed rocznicą ubezpieczenia propozycję nowej wysokości składki regularnej zaokrąglonej w górę do pełnych złotych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 30 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna obowiązuje od dnia rocznicy ubezpieczenia. Wyrażenie zgody na indeksację składki nie wymaga formy pisemnej.
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 regularnej, wysokość składki regularnej nie ulega zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach ubezpieczenia odmówi indeksacji składki regularnej, indeksacja w kolejnych latach zostaje zawieszona do czasu otrzymania od ubezpieczającego pisemnego wniosku o indeksację składki od najbliższej rocznicy ubezpieczenia następującej po złożeniu przez ubezpieczającego wniosku o indeksację.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.

§ 18 PREMIA

1. Ubezpieczający otrzyma od ubezpieczyciela premię w wysokości określonej w tabeli opłat i limitów w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) umowa ubezpieczenia nie zostanie rozwiązana przed upływem pierwszych 10 lat okresu ubezpieczenia;
 - 2) wszystkie składki regularne od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia przyznania premii są w całości wpłacone;
 - 3) ubezpieczający w ciągu pierwszych 10 lat okresu ubezpieczenia nie dokonał z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych więcej niż jednego wykupu częściowego, którego wartość w dniu złożenia zlecenia była nie większa niż 10% wartości indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych;
 - 4) ubezpieczający nie korzystał z możliwości zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 21 OWU.
2. Premia, o której mowa w ust. 1, zostanie naliczona przez ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych po zakończeniu dziesiątego roku ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu premię, zasilając indywidualne konto składek dodatkowych ubezpieczającego, zgodnie z podziałem procentowym składki dodatkowej obowiązującym w dniu naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych od daty naliczenia premii. Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte w terminie 7 dni roboczych od dnia, na podstawie którego została ustalona cena jednostki uczestnictwa.

§ 19 BONUS INWESTYCYJNY

1. Ubezpieczający, począwszy od jedenastego roku ubezpieczeniowego, otrzyma od ubezpieczyciela bonus inwestycyjny w wysokości określonej w tabeli opłat i limitów, jeśli łącznie spełnieni następujące warunki:
 - 1) umowa ubezpieczenia nie zostanie rozwiązana przed upływem końca Roku ubezpieczeniowego, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony;
 - 2) wszystkie składki regularne w roku ubezpieczeniowym, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony, są w całości wpłacone;
 - 3) w ciągu całego roku ubezpieczeniowego, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony ubezpieczenie nie było ubezpieczeniem bezskładkowym;
 - 4) ubezpieczający w ciągu roku ubezpieczeniowego, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony, nie dokonał z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych wykupu częściowego;
 - 5) wartość polisy na koniec roku ubezpieczeniowego, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony, nie będzie niższa niż wartość 80% składek regularnych za rok ubezpieczeniowy, za który bonus inwestycyjny będzie naliczony.
2. Bonus inwestycyjny, o której mowa w ust. 1, zostanie naliczony przez ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych po zakończeniu jedenastego i każdego kolejnego roku ubezpieczeniowego.
3. Ubezpieczyciel przekaze ubezpieczającemu bonus inwestycyjny, zasilając indywidualne konto składek dodatkowych ubezpieczającego zgodnie z podziałem procentowym składki dodatkowej obowiązującym w dniu naliczenia bonusu inwestycyjnego. Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych od daty naliczenia bonusu inwestycyjnego. Jednostki uczestnictwa zostaną nabyte w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

§ 20 UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

1. Po upływie 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w pierwszym dniu kolejnego miesiąca ubezpieczeniowego następującego po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i 2 ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 6 ust. 13 pkt 2, przy czym składanie wniosku przez ubezpieczającego nie jest konieczne.
4. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - 1) wygasa zobowiązanie do opłacenia wszystkich przyszłych składek regularnych, których termin płatności upływa po dniu przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 2) począwszy od dnia przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, nie ma możliwości dokonania indeksacji składki regularnej.
5. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 2 ust. 2 zostaje zachowany.
6. Ubezpieczający może przekształcić ubezpieczenie bezskładkowe w ubezpieczenie z wymagalnością składki regularnej wyłącznie za zgodą ubezpieczyciela i na warunkach przez niego określonych.
7. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust. 6, następuje z kolejnym terminem płatności składki przypadającym po potwierdzeniu przez ubezpieczyciela przekształcenia ubezpieczenia bezskładkowego w ubezpieczenie składkowe z wymagalnością składki regularnej.
8. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczony ma prawo wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w § 6 ust. 9.
9. Wpłacenie na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego składka została wpłacona.

§ 21 ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

1. Po upływie 3 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych przez okres co najwyżej 12 miesięcy od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi stosownego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
2. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest po upływie 5 lat od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składek zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 2 ust. 2 zostaje zachowany.
4. Wznowienie opłacania składek regularnych przed upływem okresu, na jaki zawieszono ich opłacanie, jest możliwe tylko po wcześniejszym doręczeniu ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
5. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust. 4, następuje z kolejnym terminem płatności składki przypadającym po dniu doręczenia ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
6. Jeżeli ubezpieczający nie opłaci składek po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 4, to zastosowanie mają postanowienia § 6 dotyczące nieopłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej.
7. W okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczony może wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w § 6 ust. 9.
8. Wpłacenie na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego składka została opłacona.

§ 22 WZNOWIENIE UBEZPIECZENIA

1. Na pisemny wniosek ubezpieczającego po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może wznowić umowę ubezpieczenia w sytuacji wskazanej w § 5 ust. 1 pkt 4) i 6) w ciągu 60 dni od rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli rozwiązanie umowy ubezpieczenia nastąpiło w związku z chorobą śmiertelną ubezpieczonego lub poważnym zachorowaniem ubezpieczonego okres 60 dni liczony jest od dnia wypłaty świadczenia.
3. Warunkiem zaakceptowania wznowienia jest złożenie ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o wznowienie ubezpieczenia oraz wpłata na wskazany we wniosku rachunek dla indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych równowartości nieopłaconych składek regularnych za okres od dnia ich wymagalności przed rozwiązaniem umowy ubezpieczenia do dnia wznowienia ubezpieczenia oraz opłaty transakcyjnej za wznowienie ubezpieczenia, określonej w tabeli opłat i limitów.
4. Ubezpieczyciel po otrzymaniu kwoty, o której mowa w ust. 3 pobiera opłatę transakcyjną za wznowienie ubezpieczenia i opłaty należne za okres od daty rozwiązania ubezpieczenia do daty wznowienia ubezpieczenia, z wyłączeniem opłaty za ryzyko.
5. Wznowienie ubezpieczenia może być wykonane wyłącznie raz w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

§ 23 POSTANOWIENIA KOŃCOWE

1. Zawiadomienia i oświadczenia związane z umową ubezpieczenia powinny być składane pisemnie, 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 (korzystanie z aplikacji elektronicznej).
3. Ubezpieczający oraz ubezpieczyciel są zobowiązani do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do realizacji umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli ubezpieczony lub uprawniony po objęciu ich ochroną ubezpieczeniową zmienili nazwisko bądź imię, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia jest zobowiązana przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.

5. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane ubezpieczycielowi pisemnie. Skargi i zażalenia są rozpatrywane przez ubezpieczyciela w terminie do 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Gdyby rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe w powyższym terminie ze względu na niewyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni od dnia, w którym – przy zachowaniu należytej staranności – wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
8. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia jest przekazywana pisemnie osobie zgłaszającej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania skarg.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. W porozumieniu z ubezpieczającym do umowy ubezpieczenia mogą być wprowadzone postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
12. Ubezpieczony i/lub uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Ubezpieczonych.

§ 24

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.

§ 25

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia przedawniają się z upływem 3 lat.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego.

§ 26

1. Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji dotyczących indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych i wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek funduszy.
2. Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek regularnych i składek dodatkowych.

§ 27

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 85/2014 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. i wprowadzone w życie z dniem 14 kwietnia 2014 roku.



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



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

Tabela opłat i limitów
Załącznik nr 1 do
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
TWOJA STRATEGIA Premium

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
Opłata dystrybucyjna z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia	50% składki regularnej wpłaconej przez ubezpieczającego i należnej za pierwszy rok ubezpieczeniowy	Opłata jest pobierana poprzez potrącenie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych w dniu przeliczenia składki na jednostki uczestnictwa według ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa za wpłaconą składkę. Opłata jest pobierana od składek regularnych w pierwszym Roku ubezpieczeniowym w wysokości określonej w tabeli opłat i limitów.
Opłata za zarządzanie i ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu poważnego zachorowania i choroby śmiertelnej: – dla funduszy kategorii I – dla funduszy kategorii II – dla funduszy kategorii III	1,6% rocznie 1,75% rocznie 1,9% rocznie	Opłata stanowi sumę opłat należnych za lokowanie środków w każdym funduszu na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych i składek dodatkowych, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa i ryzyko ponoszone przez ubezpieczyciela w związku z udzielną ochroną z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego i choroby śmiertelnej ubezpieczonego. Opłata dla każdego z funduszy jest obliczana jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty dla każdej kategorii funduszu i wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na pierwszy dzień miesiąca ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem że jeżeli pierwszy dzień danego miesiąca ubezpieczeniowego przypada w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji, to opłata jest obliczana według wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na dzień zrealizowania wcześniej złożonej przez ubezpieczającego dyspozycji transferu. Opłata dla danego funduszu jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego funduszu na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych i dodatkowych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego, za który opłata jest należna.

<p>Oplata za prowadzenie umowy ubezpieczenia</p> <p>- od 1. do 10. roku ubezpieczeniowego:</p> <p>- od 11. roku ubezpieczeniowego:</p>	<p>9,50 zł miesięcznie</p> <p>5,90 zł miesięcznie</p>	<p>Oplata jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego, za który oplata jest należna, z zastrzeżeniem że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy zostaną umorzone według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia składki regularnej na jednostki uczestnictwa.</p>
<p>Oplata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu ubezpieczonego. Dla wieku ubezpieczonego:</p> <p>- 18-35</p> <p>- 36-45</p> <p>- 45-55</p> <p>- 56-65</p> <p>- 66-75</p> <p>- 76-85</p> <p>- 86-100</p>	<p>0,20 zł</p> <p>0,53 zł</p> <p>1,26 zł</p> <p>2,72 zł</p> <p>5,57 zł</p> <p>12,97 zł</p> <p>37,23 zł</p> <p>stawka na 100 zł wartości ryzyka rocznie</p>	<p>Oplata jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa. Pobierana miesięcznie oplata jest liczona jako iloczyn 1/12 stawki opłaty zależnej od aktualnego wieku ubezpieczającego oraz wartości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem że jeżeli pierwszy dzień danego miesiąca ubezpieczeniowego przypada w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji, to oplata jest obliczana według wartości ryzyka na dzień zrealizowania wcześniej złożonej przez ubezpieczającego dyspozycji transferu. Oplata dla danego funduszu jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego funduszu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego, za który oplata jest należna.</p>
<p>Oplata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku</p>	<p>0,06% w skali roku</p>	<p>Oplata jest obliczana jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty określonej w tabeli opłat i limitów oraz wartości świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku. Oplata jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy w ramach opłaty za prowadzenie umowy ubezpieczenia.</p>
<p>Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami</p>	<p>15 zł</p>	<p>Oplata jest pobierana poprzez potrącenie z kwoty transferowanej. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa składane przez ubezpieczającego drogą elektroniczną są bezpłatne, jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej.</p>

Oплата dystrybucyjna za wykup ubezpieczenia	Suma 50% składek regularnych należnych za pierwsze 24 miesiące ubezpieczeniowe według wysokości składki regularnej z dnia podpisania wniosku – zgodnie z § 14 ust. 11 i z zastrzeżeniem ust. 16	Oплата jest obliczana jako iloczyn kosztów związanych z dystrybucją oraz wdrożeniem produktu i udziału wartości jednostek umarżanych z tytułu wykupu całkowitego lub wykupu częściowego w wartości indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych. Pobrana оплата nie jest wyższa niż wartość indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych
Oплата transakcyjna za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych	250 zł	Oплата jest pobierana poprzez odjęcie kwoty оплаты z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych (podlegających wykupowi częściowemu lub wykupowi całkowitemu) po potrąceniu оплаты dystrybucyjnej za wykup częściowy/całkowity ubezpieczenia.
Oплата transakcyjna za obsługę dyspozycji wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych:	25 zł	Oплата jest pobierana poprzez odjęcie kwoty оплаты z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych podlegających wykupowi częściowemu. Pierwsze dwa wykupy częściowe z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych (tj. wnioski złożone w danym roku ubezpieczeniowym) są wolne od оплат transakcyjnych za obsługę dyspozycji wykupu z indywidualnego konta składek dodatkowych.
Oплата transakcyjna za wznowienie ubezpieczenia	50 zł	Oплата jest pobierana jednorazowo w przypadku wznowienia ubezpieczenia zgodnie z § 22.

Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej wszystkie оплаты wyrażone kwotowo podlegają każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny:

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

Premia i Bonus inwestycyjny zasilający indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych

Premia	Bonus inwestycyjny
Po 10. rocznicy ubezpieczenia oraz zgodnie z § 18 OWU – 60% składki regularnej wpłaconej przez ubezpieczającego i należnej za pierwszy rok ubezpieczeniowy	Po 11. i każdej następnej rocznicy ubezpieczenia oraz zgodnie z § 19 OWU – 10% składki regularnej wpłaconej przez ubezpieczającego i należnej za pierwszy rok ubezpieczeniowy
Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK Składka regularna: - opłacana z częstotliwością miesięczną - opłacana z częstotliwością roczną	1 000 zł 12 000 zł
Składka dodatkowa:	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi:	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu:	100 zł
Limit dotyczący świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej albo poważnego zachorowania	100 000 zł

Niniejsza tabela opłat i limitów została zatwierdzona uchwałą nr 85/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzona w życie z dniem 14 kwietnia 2014 roku.



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



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

Zasady działania funduszy
Załącznik nr 2 do
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
TWOJA STRATEGIA Premium

§ 1 POSTANOWIENIA OGÓLNE

1. Postanowienia niniejszych zasad działania funduszy (zwanych dalej zasadami) mają zastosowanie w umowie ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania funduszy utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych zgodnie z OWU.
3. W zasadach stosuje się postanowienia wskazanych powyżej Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Określenia, które zostały zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia, są używane w zasadach w takim samym znaczeniu.

§ 2 OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze stanowiące wydzieloną dla każdego z funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Aktywa funduszy są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
3. Działalność lokacyjna w ramach funduszy jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe fundusze oraz zmieniać nazwy istniejących funduszy.
5. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający są pisemnie informowani o likwidacji funduszu na co najmniej trzy miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek funduszu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji funduszu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek likwidowanego funduszu poprzez nabywanie jednostek innego funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu.
6. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji funduszu ubezpieczający może dokonać bezpłatnego transferu 100% jednostek likwidowanego funduszu do innego funduszu oraz zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany fundusz.
7. Z dniem likwidacji funduszu (w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego) jest dokonywany transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego funduszu do funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w dziesiątym dniu roboczym od daty likwidacji funduszu.
8. Transfery, o których mowa w ust. 6 i 7, nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów będących podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.
9. Jeśli nie ma możliwości realizacji zlecenia (wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki funduszu objętego zleceniem ubezpieczającego), ubezpieczyciel może zawiesić możliwość nabywania jednostek funduszu oraz transferu środków do funduszu w przypadku zawieszenia nabywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki są lokowane aktywa tego funduszu.
10. Jeśli nie ma możliwości realizacji zlecenia (wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki funduszu objętego zleceniem ubezpieczającego), ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania wykupów częściowych i wykupów całkowitych bądź transferu środków z danego funduszu w przypadku zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki są lokowane aktywa tego funduszu.
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) będzie nabywał oraz umarzał jednostki uczestnictwa.

12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej www.warta.pl o podjęciu decyzji, o których mowa w ust. 9 i 10 oraz o zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.
13. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 – aktywa funduszu są inwestowane w całości w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego otwartego lub w całości w inne tytuły uczestnictwa (umarzane 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 zezwoleniu ogólnym udzielonym przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych w drodze rozporządzenia, na uznawanie za środki stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów znajdujących się poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej.
15. Charakterystykę aktywów otwartego funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne są określone w statucie funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa funduszu, a w przypadku innych tytułów uczestnictwa umarzanych na żądanie, emitowanych przez instytucję wspólnego inwestowania mającą siedzibę poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie takiej instytucji zgodnie z przepisami prawa dla niej właściwego.

§ 3 CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN DŁUŻNY AKTYWNY

1. Celem Planu Dłużnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Dłużnego Aktywnego są inwestowane w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dłużnego Aktywnego jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dłużnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a. 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - b. 70% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - c. 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 od 0% do 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 20%.
6. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel 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 ust. 5.

§ 4 CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN BEZPIECZNY AKTYWNY

1. Celem Planu Bezpiecznego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Bezpiecznego Aktywnego są inwestowane 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:
 - a. 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - b. 65% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - c. 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 od 0% do 90%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0%

do 90%, a zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 10% do 50%.

- W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel 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 ust. 5.

§ 5 CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN AKTYWNEJ ALOKACJI

- Celem Planu Aktywnej Alokacji jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
- Aktywa Planu Aktywnej Alokacji są inwestowane w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
- Działalność lokacyjna w ramach Planu Aktywnej Alokacji prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
- Modelowa struktura aktywów Planu Aktywnej Alokacji przedstawia się w sposób następujący:
 - 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - 40% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
- 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 od 0% do 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Alokacji w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%.
- W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel 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 ust. 5.

§ 6 CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN AKCYJNY AKTYWNY

- Celem Planu Akcyjnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
- Aktywa Planu Akcyjnego Aktywnego są inwestowane w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
- Działalność lokacyjna w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
- Modelowa struktura aktywów Planu Akcyjnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - 90% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki funduszy akcyjnych.
- 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 od 0% do 30%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 30%, a zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 70% do 100%.
- W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel 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 ust. 5.

§ 7 ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

1. Zasady wyceny lokat funduszy są ustalane zgodnie z wymogami wynikającymi z następujących przepisów prawnych: ustawy o działalności ubezpieczeniowej, rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń, rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych, ustawy o rachunkowości, z uwzględnieniem zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczony, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów funduszy jest ustalana według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 8

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

§ 9

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 10

Niniejsze zasady zostały zatwierdzone uchwałą nr 85/2014 Zarządu TUnŻ WARTA S.A. i wprowadzone w życie z dniem 14 kwietnia 2014 roku.



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



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

Lista Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych
Załącznik nr 3 do
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
TWOJA STRATEGIA Premium

Tabela 1. Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o całkowitej alokacji aktywów w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych otwartych

L.p.	Nazwa funduszu	Nazwa funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa lokowane są aktywa funduszu	Kategoria funduszu	Waluta jednostek uczestnictwa
1	WARTA Allianz Akcji	Allianz FIO subfundusz Allianz Akcji	III	PLN
2	WARTA Allianz Akcji Plus	Allianz FIO subfundusz Allianz Akcji Plus	III	PLN
3	WARTA Allianz Aktywnej Alokacji	Allianz FIO subfundusz Allianz Aktywnej Alokacji	III	PLN
4	WARTA Allianz Małych i Średnich Spółek	Allianz FIO subfundusz Allianz Małych i Średnich Spółek	III	PLN
5	WARTA Allianz Obligacji Plus	Allianz FIO subfundusz Allianz Obligacji Plus	II	PLN
6	WARTA Allianz Pieniężny	Allianz FIO subfundusz Allianz Pieniężny	I	PLN
7	WARTA Aviva Investors Depozyt Plus	Aviva Investors FIO subfundusz Aviva Investors Depozyt Plus	I	PLN
8	WARTA Aviva Investors Obligacji	Aviva Investors FIO subfundusz Aviva Investors Obligacji	II	PLN
9	WARTA Aviva Investors Polskich Akcji	Aviva Investors FIO subfundusz Aviva Investors Polskich Akcji	III	PLN
10	WARTA Aviva Investors Stabilnego Inwestowania	Aviva Investors FIO subfundusz Aviva Investors Stabilnego Inwestowania	II	PLN
11	WARTA BNP Paribas Akcji	BNP Paribas FIO subfundusz BNP Paribas Akcji	III	PLN
12	WARTA BNP Paribas Komercyjnych Papierów Dłużnych	BNP Paribas FIO subfundusz BNP Paribas Komercyjnych Papierów Dłużnych	II	PLN
13	WARTA BNP Paribas Papierów Dłużnych	BNP Paribas FIO subfundusz BNP Paribas Papierów Dłużnych	II	PLN
14	WARTA BNP Paribas Stabilnego Wzrostu	BNP Paribas FIO subfundusz BNP Paribas Stabilnego Wzrostu	II	PLN
15	WARTA ING Akcji	ING Parasol FIO subfundusz ING Akcji	III	PLN
16	WARTA ING (L) Globalny Spółek Dywidendowych	ING SFIO fundusz ING (L) Globalny Spółek Dywidendowych	III	PLN

17	WARTA ING (L) Globalny Długu Korporacyjnego	ING SFIO fundusz ING (L) Globalny Długu Korporacyjnego	II	PLN
18	WARTA ING (L) Ameryki Łacińskiej	ING SFIO fundusz ING (L) Ameryki Łacińskiej	III	PLN
19	WARTA ING (L) Nowej Azji	ING SFIO fundusz ING (L) Nowej Azji	III	PLN
20	WARTA ING (L) Obligacji Rynków Wschodzących (waluta lokalna)	ING SFIO fundusz ING (L) Obligacji Rynków Wschodzących (Waluta Lokalna)	II	PLN
21	WARTA ING Obligacji	ING Parasol FIO subfundusz Obligacji	II	PLN
22	WARTA ING Selektywny	ING Parasol FIO subfundusz Selektywny	III	PLN
23	WARTA ING Stabilnego Wzrostu	ING Parasol FIO subfundusz Stabilnego Wzrostu	II	PLN
24	WARTA ING Zrównoważony	ING Parasol FIO subfundusz Zrównoważony	III	PLN
25	WARTA ING Średnich i Małych Spółek	ING Parasol FIO subfundusz Średnich i Małych Spółek	III	PLN
26	WARTA Investor Akcji Dużych Spółek	Investor Akcji Dużych Spółek FIO	III	PLN
27	WARTA Investor Akcji	Investor Akcji FIO	III	PLN
28	WARTA Investor Obligacji	Investor Obligacji FIO	II	PLN
29	WARTA Investor Zrównoważony	Investor Zrównoważony FIO	III	PLN
30	KBC Akcji Małych i Średnich Spółek	KBC Akcji Małych i Średnich Spółek FIO	III	PLN
31	KBC Akcyjny	KBC Parasol FIO Subfundusz Akcyjny	III	PLN
32	KBC Papierów Dłużnych	KBC Parasol FIO Subfundusz KBC Papierów Dłużnych	II	PLN
33	KBC Pieniężny	KBC Parasol FIO Subfundusz KBC Pieniężny	I	PLN
34	KBC Stabilny	KBC Parasol FIO Subfundusz KBC Stabilny	II	PLN
35	WARTA Skarbiec Akcja	Skarbiec FIO Skarbiec Akcja	III	PLN
36	WARTA Skarbiec Rynków Wschodzących	Skarbiec FIO Skarbiec Rynków Wschodzących	III	PLN
37	WARTA Skarbiec Depozytowy DPW	Skarbiec FIO Skarbiec Depozytowy DPW	II	PLN
38	WARTA Skarbiec Obligacja Instrumentów Dłużnych	Skarbiec FIO Skarbiec Obligacja Instrumentów Dłużnych	II	PLN
39	WARTA Skarbiec Rynków Surowcowych	Skarbiec FIO Skarbiec Rynków Surowcowych	III	PLN
40	WARTA UniKorona Obligacje	UniFundusze FIO subfundusz UniKorona Obligacje	II	PLN

41	WARTA UniStabilny Wzrost	UniFundusze FIO subfundusz UniStabilny Wzrost	II	PLN
42	WARTA UniKorona Zrównoważony	UniFundusze FIO UniKorona Zrównoważony	III	PLN
43	WARTA UniAkcje Nowa Europa	UniFundusze FIO UniAkcje Nowa Europa	III	
44	WARTA UniAkcje Wzrostu	UniFundusze FIO UniAkcje Wzrostu	III	PLN

Tabela 2. Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o alokacji aktywów zgodnie z § 3-6 zasad działania funduszy

L.p.	Nazwa funduszu	Kategoria funduszu	Waluta jednostek uczestnictwa
1	Plan Dłużny Aktywny	II	PLN
2	Plan Bezpieczny Aktywny	II	PLN
3	Plan Aktywnej Alokacji	III	PLN
4	Plan Akcyjny Aktywny	III	PLN

Użyte powyżej w tabelach skróty oznaczają: FIO – Fundusz Inwestycyjny Otwarty, SFIO – Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.

Ubezpieczyciel może tworzyć nowe fundusze i likwidować fundusze zgodnie z § 2 ust. 4-7 zasad działania funduszy, stanowiących załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym TWOJA STRATEGIA Premium.

Lista Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych obowiązuje od dnia 14.04.2014 r. do dnia jej aktualizacji. Zmiana Listy Ubezpieczeniowych Funduszy Kapitałowych nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.

Katalog poważnych zachorowań
Załącznik nr 4 do
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym
TWOJA STRATEGIA Premium

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów.

§ 2 NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które – rozrastając się w sposób niepojętowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym – niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów są zaliczane również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego, takie jak choroba Hodgkina.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN);
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia;
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c);
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0);
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

§ 3 ZAWAŁ SERCA

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane wystąpieniem wszystkich poniższych warunków:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej;
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału);
 - 3) podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

§ 4 UDAR MÓZGU

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej objawiające się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

§ 5 CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ (BY-PASS)

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

§ 6 NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

§ 7 PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

Za przeszczep dużych narządów uważa się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jeżeli Ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy katalog poważnych zachorowań WARTA został zatwierdzony uchwałą nr 85/2014 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. i wprowadzony w życie z dniem 14 kwietnia 2014 roku.



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



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

