

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie Aktywna Czwórka

Kod: ISE05-07/07/2015

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie **Aktywna Czwórka** (zwane dalej OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z ubezpieczającymi, za pośrednictwem agenta.
2. W niniejszych OWU mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **agent** – Expander Advisors Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
 - 2) **okres subskrypcji** – okres, w którym możliwe jest złożenie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, określony w WFU;
 - 3) **okres ubezpieczenia** – okres, w którym ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, określony w WFU;
 - 4) **opłata wstępna** – opłata pobierana ze składki, określona w WFU. Opłata wstępna stanowi opłatę przeznaczoną na pokrycie kosztów dystrybucji ubezpieczenia;
 - 5) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 6) **premia** – kwota wypłacana dodatkowo przez ubezpieczyciela w przypadku dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, której sposób obliczenia opisany jest w WFU;
 - 7) **składka** – kwota w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, płatna przez ubezpieczającego z zastrzeżeniem, iż wysokość wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w WFU;
 - 8) **składka alokacyjna** – kwota zdefiniowana na potrzeby określenia wartości świadczenia, równa składce pomniejszonej o opłatę wstępną;
 - 9) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 10) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 11) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia; ubezpieczonym może być jedynie ubezpieczający;
 - 12) **ubezpieczyciel** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, z siedzibą w Warszawie, ul. Chmielna 85/87;
 - 13) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 14) **wartość wykupu** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 13;
 - 15) **Warunki Finansowe Ubezpieczenia (WFU)** – załącznik do OWU, w którym ubezpieczyciel określa parametry techniczne umowy ubezpieczenia, takie jak okres ubezpieczenia, okres subskrypcji, sposób obliczania premii i inne wskazane w niniejszych OWU;
 - 16) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie go ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu, za pośrednictwem agenta.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) zgonu ubezpieczonego;
 - 2) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres, wskazany w WFU jako okres ubezpieczenia.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu rozpoczęcia okresu ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 80 lat.
3. Umowa ubezpieczenia jest zawarta po spełnieniu łącznie poniższych warunków:
 - 1) podpisanie wniosku przez ubezpieczającego i doręczenie go ubezpieczycielowi za pośrednictwem agenta;
 - 2) wpłata składki;
 - 3) zaakceptowanie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia przez ubezpieczyciela.
4. Złożenie wniosku możliwe jest tylko w okresie subskrypcji. Możliwe jest złożenie kilku wniosków przez jedną osobę.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje z dniem rozpoczęcia okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
6. Potwierdzeniem zawarcia umowy ubezpieczenia jest polisa wystawiana przez ubezpieczyciela w terminie 20 dni roboczych od pierwszego dnia okresu ubezpieczenia i wysyłana ubezpieczającemu.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela rozpoczyna się w dniu początku okresu ubezpieczenia, wskazanego w WFU, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Ubezpieczyciel ma prawo odwołać subskrypcję, do ostatniego dnia trwania okresu subskrypcji łącznie oraz ma prawo zdecydować o nie rozpoczęciu okresu ubezpieczenia do dnia poprzedzającego dzień początku okresu ubezpieczenia łącznie.
9. W przypadku odwołania okresu subskrypcji i decyzji o nie rozpoczęciu okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o swojej decyzji, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, okres ubezpieczenia nie rozpoczyna się, a składka wpłacona przez ubezpieczającego jest zwracana na rachunek bankowy wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
10. Przed rozpoczęciem okresu ubezpieczenia ubezpieczający może zrezygnować z zawarcia umowy ubezpieczenia składając u agenta formularz rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia/wniosku o zwrot wpłaty. W takim przypadku składka wpłacona przez ubezpieczającego jest zwracana na rachunek wskazany we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w terminie do 10 dni roboczych od dnia złożenia ww. formularza.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o odstąpieniu poprzez złożenie wniosku o wykup ubezpieczenia, zgodnie z trybem przewidzianym w § 13, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania bez podania przyczyny, przy czym złożenie wypowiedzenia skutkuje dokonaniem wykupu ubezpieczenia. Ubezpieczający może złożyć oświadczenie o wypowiedzeniu umowy w formie wniosku o wykup ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie. Dzień złożenia wniosku o wykup jest wówczas odpowiednio dniem odstąpienia albo dniem złożenia wypowiedzenia.
4. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel na podstawie wniosku złożonego przez ubezpieczającego wypłaca kwotę w wysokości wpłaconej składki (na zasadach określonych w § 13) bez obciążania opłatą wstępną i opłatą z tytułu wykupu ubezpieczenia.

§ 5

Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia, tj. z dniem złożenia właściwego wniosku;
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia przedmiotowego oświadczenia;
- 3) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 13 – z dniem złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia;
- 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu;
- 5) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia – z dniem końca okresu ubezpieczenia, określonego w WFU.

SKŁADKA

§ 6

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do wpłacenia składki w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. Wysokość składki nie może być niższa niż minimalna wysokość składki określona przez ubezpieczyciela w WFU.
3. Wpłata składki na rachunek ubezpieczyciela powinna nastąpić najpóźniej drugiego dnia roboczego po zakończeniu okresu subskrypcji.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku braku wpłaty składki w terminie o którym mowa w ust. 3 i 4 umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta.
6. Z kwoty składki wpłaconej przez ubezpieczającego ubezpieczyciel pobiera opłatę wstępną, w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Wysokość opłaty wstępnej jest określona w WFU.
7. Jeśli składka zostanie wpłacona w wysokości niższej niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, umowa ubezpieczenia nie zostaje zawarta, a wpłacona kwota jest zwracana na rachunek bankowy, z którego została dokonana wpłata, w ciągu 6 dni roboczych po zakończeniu okresu subskrypcji.
8. Jeśli składka 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, w ciągu 6 dni roboczych po zakończeniu okresu subskrypcji.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 7

Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia równa jest

- 1) dla Wariantu 100 – 100% wartości składki alokacyjnej;
- 2) dla Wariantu 95 – 95% wartości składki alokacyjnej;
- 3) dla Wariantu 90 – 90% wartości składki alokacyjnej.

WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 103% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż wartość sumy ubezpieczenia powiększoną o kwotę wskazaną jako limit świadczenia z tytułu zgonu, który określony został w WFU.
2. W przypadku świadczenia z tytułu zgonu limit świadczenia przypadający na daną umowę ubezpieczenia równy jest limitowi określonemu przez ubezpieczyciela w WFU, z zastrzeżeniem, że w przypadku gdy ubezpieczający zawarł, na podstawie niniejszych OWU, więcej niż jedną umowę ubezpieczenia, limit ulega podziałowi na zawarte polisy proporcjonalnie do wysokości składek na nie wpłaconych.
3. Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia powiększonej o kwotę premii obliczonej w sposób określony w WFU. W przypadku, gdy premia przyjmuje wartość 0, świadczenie z tytułu dożycia równe jest sumie ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ PRZEZ UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego wypłacane jest na podstawie złożonego do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
2. 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.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu zgonu w terminie do 30 dni, licząc od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu (wniosku o wypłatę świadczenia).
4. W przypadku, gdy w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 3.

5. Wypłata świadczenia z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia dokonywana jest przez ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych, licząc od dnia końca okresu ubezpieczenia, na rachunek wskazany przez ubezpieczonego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. W przypadku zmiany numeru rachunku określonego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, realizacja świadczenia dokonywana jest na ostatni wskazany przez ubezpieczonego numer rachunku.
6. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane – kwotą należnego świadczenia.
7. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 10

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego, zarówno przy zawieraniu umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego pisemnie.

§ 11

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczonego, zgodnie z § 10, 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 brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA

§ 12

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu nie przekraczającej 100% sumy ubezpieczenia, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia 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) zarażenia się ubezpieczonego wirusem HIV;
 - 6) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego przez pierwsze 12 miesięcy trwania okresu ubezpieczenia ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu nie przekraczającej 100% sumy ubezpieczenia, jeżeli do zgonu ubezpieczonego bezpośrednio przyczyniła się choroba zdiagnozowana lub leczona w ciągu 5 lat poprzedzających rozpoczęcie okresu ubezpieczenia lub wypadek zaistniały w tym okresie.
3. 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 równowartość wartości wykupu. Wypłata równowartości wartości wykupu następuje na wniosek spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia równowartości wartości wykupu przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień, w którym spadkobierca złożył ubezpieczycielowi wniosek. Równowartość wartości wykupu jest obliczana i wypłacana w terminie określonym w § 13 oraz w WFU i na zasadach tam opisanych.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 13

1. Ubezpieczający, w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu, poprzez złożenie wniosku o wykup.
2. W takim przypadku ubezpieczyciel dokona wypłaty wartości wykupu w wysokości, której sposób obliczenia został określony w WFU, w terminie do 28 dni od dnia otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 14

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1 nie dotyczy zawiadomień Stron, dotyczących polisy oraz dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczony udostępnił ubezpieczycielowi adres elektroniczny.
3. Strony są zobowiązane do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania, siedziby lub adresu elektronicznego.
4. Ubezpieczony powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie danych podanych we wniosku o zawarcie ubezpieczenia.
5. Jeżeli po objęciu ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
6. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku ubezpieczycielowi lub agentowi.
7. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie do 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.
8. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
10. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
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.
13. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (tj. Dz.U. 2012.361 j.t. z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (tj. Dz.U. 2014.851 j.t. z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2014.121 j.t. z późn. zm.).

§ 15

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy 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 sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego.

§ 16

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 144/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. i wprowadzone w życie z dniem 13 lipca 2015 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot

WARUNKI FINANSOWE UBEZPIECZENIA

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie Aktywna Czwórka – Wariant 90

Okres subskrypcji	13.07.2015 r. – 14.08.2015 r.
Okres ubezpieczenia	24.08.2015 r. – 19.02.2019 r.
Minimalna składka	5 000 zł
Nr rachunku bankowego do wpłaty składki	06 1140 1010 0000 3242 6800 1063
Opłata wstępna	nie więcej niż 2% składki, wysokość opłaty wskazana jest we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzona w polisie
Zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości świadczeń	zgon ubezpieczonego: Świadczenie w wysokości 103% sumy ubezpieczenia nie więcej jednak niż wartość sumy ubezpieczenia powiększona o limit świadczenia z tytułu zgonu. dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia: Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia powiększonej o kwotę Premii ubezpieczeniowej. W przypadku, gdy Premia przyjmuje wartość 0, wysokość świadczenia z tytułu dożycia równa jest sumie ubezpieczenia.
Limit świadczenia z tytułu zgonu	15 000 zł – dla osób, które do dnia początku okresu ubezpieczenia włącznie nie ukończyły 70 roku życia 750 zł – dla osób, które do dnia początku okresu ubezpieczenia włącznie ukończyły 70 rok życia
Suma ubezpieczenia	90% wartości składki alokacyjnej
Parametry subskrypcji	Instrument bazowy: BNP Paribas Flexible Star Managers (PLN hedged) Index kod Bloomberg: BNPIFLSM Index Indeks BNP Paribas Flexible Star Managers (PLN hedged) (zwany dalej Indekssem), którego agentem kalkulacyjnym jest BNP Paribas Arbitrage SNC., jest oparty o cztery fundusze o równym udziale (25%): Carmignac Patrimoine (Bloomberg: CARMPAT FP Equity), SLI GARS Fund (Standard Life Global Absolute Return Strategies Fund Bloomberg: SLGLARA LX Equity), Ethna-Aktiv E (Bloomberg: ETAKTVE LX Equity), BNY Mellon Global Real Return (BNGRRAE ID Equity), przy czym w przypadku, gdy w trakcie publikacji Indeksu nie będzie możliwe zawieranie transakcji na jednostkach tych funduszy (na przykład, gdy płynność wskazanych funduszy spadnie do poziomu uniemożliwiającego zawarcie transakcji na standardowych warunkach rynkowych), agent kalkulacyjny może zastąpić dany fundusz innym funduszem o polityce inwestycyjnej zbliżonej do zastępowanego funduszu. Fundusze wchodzące w skład Indeksu inwestują w szeroki zakres instrumentów dłużnych, udziałowych oraz derywatów, zgodnie z oczekiwaniem zarządzającego co do przyszłych trendów na globalnych rynkach. Indeks wykorzystuje mechanizm kontroli zmienności. Polega on na tym, że Indeks ma wyznaczoną docelową zmienność notowań, w tym przypadku 5%, obliczaną, jako odchylenie standardowe dziennych logarytmicznych stóp zwrotu koszyka funduszy w okresie 20-dniowym oraz 60-dniowym, a następnie skalowane przez pierwiastek kwadratowy z 252 (wybierana jest wyższa z tych dwóch wartości). Tym samym ekspozycja na koszyk funduszy w Indeksie wyznaczona jest, jako 5%/Max(zmienność 20-dniowa koszyka funduszy; zmienność 60-dniowa koszyka funduszy), przy czym dopuszczalna waga należy do przedziału 0-150%. Jeśli notowania funduszy wchodzących w skład Indeksu stają się zbyt ryzykowne (zmienne) i zmienność Indeksu przekracza poziom 5%, mechanizm powoduje zmniejszenie ekspozycji na koszyk funduszy. W przypadku, gdy zmienność Indeksu spada poniżej 5%, Indeks zwiększa ekspozycję na fundusze, do poziomu maksymalnie 150%. Jest to indeks typu excess return co oznacza, że ostateczna stopa zwrotu z Indeksu jest to średnia stóp zwrotu funduszy wchodzących w skład Indeksu, jaką każdy z nich osiągnął ponad trzymiesięczną stopę EURIBOR, z uwzględnieniem ekspozycji Indeksu na fundusze. W wartości Indeksu uwzględnione

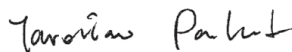
	są również koszty, m.in. finansowania (replikacji), które mogą ulec zmianie w zależności od warunków rynkowych. Dzięki zabezpieczeniu przed zmianami kursów walutowych ekspozycja walutowa Indeksu jest ograniczona. P - wartość znajdująca się w przedziale domkniętym od 140% do 170%, ostateczny poziom P zostanie ustalony po zakończeniu subskrypcji i określony w polisie
Sposób obliczenia Premii	$PREMIA = SA \times MAX(0; P \times W)$ Gdzie: SA – wartość składki alokacyjnej za danego ubezpieczonego P - współczynnik partycypacji określony w części „Parametry subskrypcji” W – stopa zwrotu instrumentu bazowego obliczona zgodnie z poniższym wzorem: $W = \frac{WK - WP}{WP}$ Gdzie: WK –kurs zamknięcia instrumentu bazowego z dnia 19.02.2019 r. WP – kurs zamknięcia instrumentu bazowego z dnia 24.08.2015 r. Przy czym dla dni, w których nie jest ustalana wartość Instrumentu bazowego obowiązuje zasada "Modified Following Business Day Convention", która oznacza że jeśli dany dzień nie jest dniem roboczym do wyliczeń przyjmuje się najbliższy dzień roboczy, jednakże w przypadku gdy taki dzień występuje w kolejnym miesiącu, wówczas do ustalenia wartości brany jest pod uwagę najbliższy dzień roboczy poprzedzający daną datę. Przez dzień roboczy należy rozumieć przedmiotowy dzień zdefiniowany na potrzeby pojęcia „bieżącej wartości składki alokacyjnej”, wskazany w niniejszym załączniku poniżej. Powyższa zasada ma zastosowanie dla dni nie będących dniami roboczymi, jak również dla przypadku opisanego w Zastrzeżeniach poniżej. Premia doliczana jest do sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, która równa jest 90% składki alokacyjnej. W przypadku gdy PREMIA = 0, suma ubezpieczenia z tytułu dożycia równa jest 90% składki alokacyjnej.
Zastrzeżenia	W przypadku, gdy w trakcie trwania okresu ubezpieczenia z przyczyn niezależnych od ubezpieczyciela instrument bazowy lub jakiś jego składnik zostanie wycofany z obrotu rynkowego, nastąpi zawieszenie jego notowań lub też nastąpi pogorszenie warunków płynnościowych tego instrumentu bądź składnika w stopniu uniemożliwiającym zabezpieczenie zawartych przez ubezpieczyciela transakcji związanych z tym instrumentem bazowym, albo jeśli nastąpi istotna zmiana zasad ustalania jego wartości lub też z innego powodu nie będzie możliwe ustalenie tej wartości, ubezpieczyciel ma prawo zastąpić go instrumentem finansowym, koszykiem lub indeksem instrumentów finansowych o najbardziej zbliżonym według ubezpieczyciela charakterze i profilu ryzyka inwestycyjnego, przy czym to zastąpienie będzie obowiązujące od wybranego przez ubezpieczyciela dnia, a stopy zwrotu używane do obliczenia formuły Premii odpowiadały inwestycji w pierwotny instrument bazowy do dnia zmiany i w nowy instrument bazowy od tego dnia; ubezpieczyciel może też ustalić Premię na inną datę niż dzień zakończenia okresu ubezpieczenia tj. na ostatni dzień, w którym możliwe było ustalenie wartości instrumentu finansowego.
Wartość wykupu	Wartość wykupu równa jest bieżącej wartości składki alokacyjnej pomniejszonej o opłatę za wykup. Wartość wykupu obliczana jest na podstawie bieżącej wartości składki alokacyjnej określonej w dniu ustalenia przypadającym nie wcześniej niż 3. dnia roboczego po dacie złożenia wniosku o wykup.

Bieżąca wartość składki alokacyjnej	– Bieżąca wartość składki alokacyjnej odnosi się do wartości określonej przez ubezpieczyciela w dniach ustalenia i jest nie niższa niż suma wartości instrumentu finansowego zapewniającego wypłatę Premii oraz sumy ubezpieczenia zdyskontowanej na dzień ustalenia stopą równą stawce kontraktów wymiany stóp procentowych (IRS) na rynku międzybankowym w złotych o okresie odpowiadającym czasowi do końca okresu odpowiedzialności, powiększoną o 300 punktów bazowych. Gdzie: – dzień ustalenia – to 5. i 20. dzień każdego miesiąca kalendarzowego, w którym ustalana jest bieżąca wartość składki alokacyjnej, a jeżeli te dni są innymi niż dni robocze lub dniami, w których niemożliwe jest podanie wartości, ww. wartość ustalana jest na najbliższy dzień roboczy następujący odpowiednio po 5. i 20. dniu miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem że ostatnim dniem ustalenia jest ostatni dzień okresu ubezpieczenia; – dzień roboczy – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu prawa polskiego lub prawa angielskiego oraz dni, w których nie funkcjonują rynki, na których notowane są instrumenty bazowe lub instrumenty finansowe wchodzące w skład instrumentów bazowych, a także z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ „WARTA” S.A. Informację o dniach wolnych od pracy, ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie.
Opłata za wykup	1% wartości składki alokacyjnej – opłata pobierana w przypadku złożenia przez ubezpieczającego wniosku o wykup, po okresie przewidzianym na odstąpienie od umowy ubezpieczenia. Opłata przeznaczona jest na pokrycie: kosztów związanych z umorzeniem części instrumentu finansowego zapewniającego wypłatę premii, kosztów dystrybucji ubezpieczenia przypadających na dany stosunek ubezpieczenia, nie uwzględnionych w opłacie wstępnej, kosztów ubezpieczyciela związanych z wykonywaniem umowy ubezpieczenia oraz kosztów związanych z obsługą wykupu ubezpieczenia.

Niniejsze WFU zostały zatwierdzone uchwałą nr 144/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie WARTA S.A. i wprowadzone w życie z dniem 13 lipca 2015 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
TUnŻ WARTA S.A.
Jarosław Parkot