

Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Szczególne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie (zwane dalej SWDU) stosuje się w umowie ubezpieczenia, potwierdzonej polisą nr HW0000019, zawartą przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z siedzibą w Warszawie przy ul Chmielnej 85/87, zwaną dalej **ubezpieczycielem**, z Expander Advisors Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością, zwaną dalej **ubezpieczającym**.
2. W niniejszych SWDU mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **deklaracja przystąpienia** – oświadczenie woli ubezpieczonego, stanowiące zgodę na objęcie ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **certyfi kat ubezpieczenia** – dokument potwierdzający objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową;
 - 3) **Karta warunków** – załącznik do SWDU, w którym ubezpieczyciel określa parametry techniczne dodatkowego ubezpieczenia, takie jak okres odpowiedzialności, okres subskrypcji, wysokość premii i inne wskazane w niniejszych SWDU;
 - 4) **okres subskrypcji** – okres, w którym można przystępować do dodatkowego ubezpieczenia na podstawie deklaracji przystąpienia, określony w Karcie warunków;
 - 5) **okres odpowiedzialności** – okres, w którym ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej, określony w Karcie warunków;
 - 6) **premia** – kwota wypłacana dodatkowo przez ubezpieczyciela w przypadku dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, której sposób obliczenia opisany jest w Karcie warunków;
 - 7) **składka** – kwota w wysokości wskazanej w deklaracji przystąpienia, należna z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową danego ubezpieczonego;
 - 8) **składka alokacyjna** - kwota zdefiniowaną na potrzeby określenia wartości świadczenia, która jest równa wartości składki pomniejszonej o opłatę wstępną;
 - 9) **ubezpieczony** - osoba fizyczna, która złożyła deklarację przystąpienia i której życie jest objęte ochroną ubezpieczeniową;
 - 10) **umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie i dożycie zawarta między ubezpieczycielem a ubezpieczającym, potwierdzona polisą nr HW0000019;
 - 11) **uprawniony** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w dodatkowym ubezpieczeniu ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 12) **świadczenie** - kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem dodatkowego ubezpieczenia;
 - 13) **wartość wykupu** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z dodatkowego ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

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

SKŁADKA

§ 3

1. Składka należna za danego ubezpieczonego jest składką jednorazową, której wysokość nie może być niższa niż minimalna wysokość składki wskazana w Karcie warunków.
2. Suma składek za wszystkich ubezpieczonych z tytułu objęcia ochroną ubezpieczeniową powinna wpłynąć na rachunek ubezpieczyciela w terminie do 2 dni roboczych po zakończeniu okresu subskrypcji.
3. Z kwoty wpłaconej składki za danego ubezpieczonego ubezpieczyciel pobiera opłatę wstępną, w wysokości wskazanej w deklaracji przystąpienia. Wysokości opłat wstępnych są określone w Karcie warunków.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4

Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego albo z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności wskazana jest w Karcie warunków.

PRZYSTĄPIENIE DO DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 80 lat.
2. Podstawą objęcia ochroną ubezpieczeniową jest spełnienie łącznie następujących warunków:
 - 1) złożenie i podpisanie deklaracji przystąpienia oraz wpłata składki w okresie subskrypcji, w wysokości wskazanej w deklaracji przystąpienia, nie niższej niż minimalna wysokość wskazana w Karcie warunków, przez każdą z osób przystępujących do ubezpieczenia,
 - 2) zebranie w okresie subskrypcji sumy składek w wysokości co najmniej kwoty minimalnej sumy składek za ubezpieczonych (której wysokość zostanie określona przez ubezpieczyciela w Karcie warunków) i wpływ tych składek na rachunek ubezpieczyciela w terminie wskazanym w § 3 ust. 2.
3. Złożenie deklaracji przystąpienia oraz wpłata składki przez ubezpieczonych możliwe jest tylko w okresie subskrypcji. Możliwe jest złożenie kilku deklaracji przystąpienia przez jedną osobę.
4. W przypadku nie spełnienia warunków, o którym mowa w ust. 2 pkt 2) ochrona ubezpieczeniowa nie powstaje a składki wpłacone zostają zwrócone ubezpieczonemu.
5. Przystąpienie do ubezpieczenia następuje z dniem rozpoczęcia okresu odpowiedzialności.
6. Ubezpieczyciel ma prawo odwołać subskrypcję, do ostatniego dnia trwania okresu subskrypcji łącznie oraz ma prawo zdecydować o nie rozpoczęciu okresu odpowiedzialności do dnia poprzedzającego dzień początku okresu odpowiedzialności łącznie, a tym samym nie objąć ochroną ubezpieczeniową osób, które złożyły deklarację przystąpienia, w przypadku gdy nie będzie w stanie zagwarantować utrzymania któregokolwiek z parametrów subskrypcji określonych w Karcie warunków.
7. W przypadku odwołania okresu subskrypcji i decyzji o nie rozpoczęciu okresu odpowiedzialności, zgodnie z ust. 6, ubezpieczyciel w dniu podjęcia ww. decyzji informuje o niej ubezpieczającego, ochrona ubezpieczeniowa nie powstaje, a wpłacone składki zostają zwrócone ubezpieczonemu.
8. Certyfikat ubezpieczenia wystawiany jest przez ubezpieczyciela w terminie do 20 dni od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności i doręczany ubezpieczonemu.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia wskazanego w Karcie warunków jako początek okresu odpowiedzialności, pod warunkiem spełnienia przesłanek określonych w § 5 ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w stosunku do każdego ubezpieczonego kończy się:
 - 1) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 2) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia, na zasadach opisanych w § 12,
 - 3) z dniem końca dodatkowego ubezpieczenia, określonego w Karcie warunków, tj. w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności.

WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 103% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż wartość sumy ubezpieczenia powiększona o kwotę wskazaną jako limit świadczenia z tytułu zgonu, który określony został w Karcie warunków.
2. W przypadku świadczenia z tytułu zgonu limit świadczenia przypadający na danego ubezpieczonego (niezależnie od ilości złożonych deklaracji przystąpienia przez danego ubezpieczonego) równy jest limitowi określonego przez ubezpieczyciela w Karcie warunków. W przypadku złożenia więcej niż jednej deklaracji przystąpienia limit, o którym wyżej mowa ulega podziałowi na deklaracje proporcjonalnie do sumy ubezpieczenia określonej w danej deklaracji przystąpienia.
3. Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości równej sumie ubezpieczenia powiększonej o kwotę premii obliczonej w sposób określony w Karcie warunków. W przypadku, gdy premia przyjmuje wartość 0, świadczenie z tytułu dożycia równe jest sumie ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 8

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.
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 odpowiedzialności, dokonywana jest przez ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych licząc od dnia końca okresu odpowiedzialności, na rachunek wskazany przez ubezpieczonego w deklaracji przystąpienia. W przypadku zmiany numeru rachunku określonego w deklaracji przystąpienia, 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 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 ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

§ 9

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

§ 10

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 § 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 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 z ustawy – Kodeks Cywilny, z wyłączeniem Gminy i Skarbu Państwa, jeżeli brak jest małżonka, dzieci i 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.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

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, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat okresu odpowiedzialności;
- 2) działań wojennych, stanu wojennego;
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania;
- 6) zarażenia się ubezpieczonego wirusem HIV;
- 7) choroby stwierdzonej przez lekarza u ubezpieczonego przed dniem rozpoczęcia okresu odpowiedzialności na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadku zaistniałego przed tym dniem.

WYSTĄPIENIE Z DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

§ 12

1. Ubezpieczony może zrezygnować z przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia lub wystąpić z dodatkowego ubezpieczenia. Wystąpienie z dodatkowego ubezpieczenia jest równoznaczne z wystąpieniem z umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczony może zrezygnować z przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia w okresie subskrypcji poprzez złożenie formularza rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia/wniosku o zwrot wpłaty. W takim przypadku składka wpłacona za danego ubezpieczonego zostanie zwrócona w całości w terminie do 14 dni od dnia złożenia formularza rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia/wniosku o zwrot wpłaty.
3. Ubezpieczony może zrezygnować z przystąpienia do dodatkowego ubezpieczenia po okresie subskrypcji i przed rozpoczęciem okresu odpowiedzialności poprzez złożenie oświadczenia o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia. W takim przypadku ubezpieczyciel dokona wypłaty w terminie do 14 dni od dnia złożenia oświadczenia o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia do ubezpieczyciela, w wysokości:
 - 1) wpłaconej składki, jeżeli oświadczenie o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia zostało złożone w okresie od zakończenia subskrypcji do dnia wskazanego w Karcie warunków (włącznie),
 - 2) składki alokacyjnej pomniejszonej o odpowiednią opłatę likwidacyjną wskazaną w Karcie warunków, jeżeli oświadczenie o rezygnacji z przystąpienia do ubezpieczenia zostało złożone w okresie wskazanym w Karcie warunków.
4. Ubezpieczony może wystąpić z dodatkowego ubezpieczenia w okresie odpowiedzialności poprzez złożenie za pośrednictwem ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu. W takim przypadku ubezpieczyciel dokona wypłaty wartości wykupu w wysokości, której sposób obliczenia został określony w Karcie warunków, w terminie do 30 dni od dnia otrzymania wniosku o dokonanie wykupu.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 13

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Strony są zobowiązane do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania lub siedziby.
3. Ubezpieczony powinien informować ubezpieczyciela o każdej zmianie danych podanych na deklaracji przystąpienia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadаныmi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia prawidłowo wypełnionego wniosku do ubezpieczyciela.
6. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi

i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie do 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.

7. 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.
8. 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.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych SWDU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 14

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych SWDU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową, a także odpowiednie przepisy podatkowe.

Grupowe ubezpieczenie na życie i dożycie Precyzyjna Strategia II – Wariant 100 VIP

Okres subskrypcji	3.09.2014 – 9.10.2014
Okres odpowiedzialności	17.10.2014 – 20.04.2018
Minimalna składka za danego ubezpieczonego	5 000 zł
Oplata wstępna	nie więcej niż 2,5% składki, wysokość opłaty ustalona jest w deklaracji przystąpienia
Zakres ochrony ubezpieczeniowej oraz wysokości świadczeń	<p>zgon ubezpieczonego: Świadczenie w wysokości 103% sumy ubezpieczenia nie więcej jednak niż wartość sumy ubezpieczenia powiększona o limit świadczenia z tytułu zgonu.</p> <p>dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności: 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.</p>
Limit świadczenia z tytułu zgonu	15 000 zł - dla osób, które do dnia 17.10.2014 włącznie nie ukończyły 70 roku życia 750 zł - dla osób, które do dnia 17.10.2014 włącznie ukończyły 70 rok życia
Suma ubezpieczenia	100% wartości składki alokacyjnej
Parametry subskrypcji	<p>Instrument bazowy: Fundusz ETHNA-AKTIV E (T) kod ISIN: LU0431139764 kod Bloomberg: ETAKTVE LX Equity</p>
	<p>P - wartość znajdująca się w przedziale domkniętym od 85% do 105%, ostateczny poziom P zostanie ustalony po zakończeniu subskrypcji i określony w certyfikacie ubezpieczenia</p>
Sposób obliczenia Premii	<p>$PREMIA = SA \times MAX(0; P \times W)$</p> <p>gdzie: SA – wartość składki alokacyjnej za danego ubezpieczonego P – współczynnik partycypacji określony w części „Parametry subskrypcji” W – uśredniony wynik funduszu obliczony zgodnie z poniższym wzorem:</p> $W = \frac{WS - WP}{WP}$ <p>Gdzie: WS – średnia arytmetyczna z wycen funduszu z następujących dni: 17.04.2015, 19.10.2015, 18.04.2016, 17.10.2016, 18.04.2017, 17.10.2017, 20.04.2018. WP – wycena funduszu z dnia 17.10.2014</p> <p>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.</p> <p>Premia doliczana jest do sumy ubezpieczenia z tytułu dożycia ubezpieczonego do końca okresu odpowiedzialności, która równa jest 100% składki alokacyjnej. W przypadku gdy PREMIA = 0, suma ubezpieczenia z tytułu dożycia równa jest 100% składki alokacyjnej.</p>

Zastrzeżenia	W przypadku, gdy w Okresie odpowiedzialności z przyczyn niezależnych od ubezpieczyciela instrument finansowy, od którego zależna jest wysokość Premii, zostanie wycofany lub nastąpi istotna zmiana zasad ustalania jego wartości lub z innego powodu nie będzie możliwe ustalenie jego wartości, albo też nastąpi pogorszenie warunków płynnościowych instrumentu bazowego w stopniu uniemożliwiającym zabezpieczenie zawartych przez ubezpieczyciela transakcji związanych z tym instrumentem bazowym ubezpieczyciel ma prawo zastąpić go instrumentem finansowym lub indeksem instrumentów finansowych o najbardziej zbliżonym według ubezpieczyciela charakterze i profilu ryzyka inwestycyjnego lub ustalić Premię na inną datę niż dzień zakończenia okresu odpowiedzialności tj. na ostatni dzień, w którym możliwe było ustalenie wartości instrumentu finansowego.
Wartość wykupu	Wartość wykupu = bieżąca wartość składki alokacyjnej – opłata za 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 w okresie odpowiadającym czasowi do końca okresu odpowiedzialności, powiększoną o 300 punktów bazowych. Gdzie: <ul style="list-style-type: none"> – dzień ustalenia – to 5-ty i 20-ty 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-tym i 20-tym dniu miesiąca kalendarzowego, – 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	Od dnia 17.10.2014 do dnia 20.04.2018 (włącznie) - 1% bieżącej wartości składki alokacyjnej
Opłata za rezygnację z przystąpienia do umowy ubezpieczenia	Od dnia 3.09.2014 do dnia 14.10.2014 (włącznie) – bez opłat Od dnia 15.10.2014 do dnia 16.10.2014 (włącznie) – 2% składki alokacyjnej
Minimalna suma składek za ubezpieczonych	10 000 000 zł – łączna kwota sum składek z: dodatkowego ubezpieczenia w ramach umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr HW0000019 oraz umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą nr HW0000027