

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

- Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Program Inwestycyjny EKO ENERGIA (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **ubezpieczycielem**, z **ubezpieczającymi**, za pośrednictwem Kredyt Banku S.A., zwanego dalej **Pośrednikiem**.
- Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - certyfikat ubezpieczenia** - dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - trwała i całkowita niezdolność do pracy** - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, na podstawie których lekarz orzecznik Zakładu Ubezpieczeń Społecznych orzeka trwałą niezdolność do pracy. Do uznania zasadności świadczenia konieczne jest przedstawienie odpowiedniej decyzji ZUS wraz z odpowiednią dokumentacją lekarską, z zastrzeżeniem że decyzja ZUS nie jest w stosunku do ubezpieczyciela wiążąca i ubezpieczyciel może dokonać odrębnych ustaleń w tym zakresie,
 - trwałe i całkowite inwalidztwo** - trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu w wysokości co najmniej 90%, ustalonym zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami prawa regulującymi orzekanie o stałym lub długotrwałym uszczerbku na zdrowiu dla celów ustalania prawa do świadczeń z ubezpieczeń społecznych,
 - trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu, będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję,

- świadczenie ubezpieczyciela** - sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
- Fundusz** - wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- składka** - składkę w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia, płatną najpóźniej w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia,
- wartość wykupu** - kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
- nabywanie jednostek uczestnictwa** - przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu,
- dzień roboczy** - dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu prawa polskiego lub prawa belgijskiego lub luksemburskiego oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarządy Spółek: TUnŻ „WARTA” S.A. lub KBC Towarzystwo Funduszy Inwestycyjnych S.A.. Informację o dniach wolnych od pracy określonych przez odpowiednie, ww. Zarządy Spółek, ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie.
- siedziba ubezpieczyciela** - siedziba centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. w Warszawie.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

- Przedmiotem ubezpieczenia jest życie i zdrowie ubezpieczonego.
- W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - zgonu ubezpieczonego,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku, z zastrzeżeniem ust. 3,
 - dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
- W przypadku osób, które ukończyły odpowiednio 60 lat kobiety i 65 lat mężczyźni, zarówno w momencie zawarcia umowy jak i w trakcie jej trwania, trwała i całkowita niezdolność do pracy ubezpieczonego powstała na skutek wypadku rozumiana będzie jako trwałe i całkowite inwalidztwo zgodnie z definicją zawartą w § 1 ust. 2 pkt 8).

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

- Suma ubezpieczenia stanowiąca podstawę ustalenia wysokości świadczenia:
 - z tytułu zajścia zdarzeń określonych w § 2 ust. 2 pkt a)-c) równa jest kwocie wpłaconej składki,
 - z tytułu zajścia zdarzenia określonego w § 2 ust. 2 pkt. d) równa jest wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego, obliczonej według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej na koniec trwania umowy ubezpieczenia.
- Wartość wykupu stanowiąca zgodnie z postanowieniami §16 podstawę ustalenia wysokości świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń określonych w § 2 ust. 2 pkt a)-c) obliczana jest zgodnie z § 20, z tym że

- do jej ustalenia przyjmuje się, że dzień złożenia kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia przez osobę uprawnioną do ubezpieczyciela jest równoznaczny z dniem złożenia kompletnego wniosku o dokonanie wykupu przez osobę uprawnioną.
- W przypadku zawarcia kilku umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU na rzecz danego ubezpieczonego, dzień złożenia do ubezpieczyciela pierwszego wniosku o wypłatę świadczenia, na podstawie którego ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia, ma zastosowanie do obliczenia wysokości świadczenia z tytułu wszystkich umów ubezpieczenia zawartych na rzecz danego ubezpieczonego.
- W przypadku gdy jest więcej niż jedna osoba uprawniona do otrzymania świadczenia z umowy (umów) ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU, dzień złożenia pierwszego wniosku o wypłatę świadczenia przez któregokolwiek uprawnionego ma zastosowanie do obliczenia wysokości świadczenia należnego każdemu z uprawnionych z tytułu wszystkich umów ubezpieczenia zawartych na rzecz danego ubezpieczonego.
- W przypadku trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku na potrzeby ustalenia wartości sumy ubezpieczenia za dzień złożenia wniosku uznaje się datę zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, do dnia 11.01.2014 roku określonego w certyfikacie ubezpieczenia jako koniec okresu ubezpieczenia.
- Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 80 lat.
- Umowa ubezpieczenia może być zawarta w okresie od 2 marca 2009 roku do 30 kwietnia 2009 roku.
- Pośrednik nie jest umocowany do zawierania umów ubezpieczenia po dniu 30.04.2009 roku. Ubezpieczyciel nie potwierdza i nie potwierdzi umowy ubezpieczenia zawartej po tym dniu, w związku z czym umowa taka będzie bezskuteczna. W przypadku bezskuteczności umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel dokona zwrotu wpłaconej składki w wysokości nominalnej.
- Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia ubezpieczającemu certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczyciela, za pośrednictwem Pośrednika.
- Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i doręczonego Pośrednikowi.
- Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia składki w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia.
- Składka opłacana jest jednorazowo, w wysokości nie mniejszej niż minimalna składka określona przez ubezpieczyciela w tabeli opłat, o której mowa w § 25.

- Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić składkę najpóźniej w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia.
- Za datę wpłaty składki uznaje się datę jej wpływu na rachunek Pośrednika.
- Z kwoty wpłaconej składki ubezpieczyciel pobiera opłatę za zawarcie umowy ubezpieczenia, ustaloną pomiędzy stronami w trakcie zawierania umowy ubezpieczenia i określoną w certyfikacie ubezpieczenia, jednak w wysokości nie większej niż określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25,
- W ramach opłaty za zawarcie umowy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 5 pobierana jest jednorazowo opłata za ryzyko ubezpieczeniowe (składka za ryzyko w rozumieniu art. 805 kodeksu cywilnego), która wynosi 0,29% wartości wpłaconej składki.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZyciELA

§ 6

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela, rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w wysokości wskazanej w certyfikacie ubezpieczenia.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia z zastrzeżeniem ust. 3.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem zgonu ubezpieczonego, z dniem doręczenia Pośrednikowi wniosku o dokonanie wykupu lub z dniem wypadku będącego przyczyną trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku, pod warunkiem, że ubezpieczyciel zobowiązany jest do wypłaty świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy powstałej w wyniku wypadku - w zależności od tego, które zdarzenie nastąpiło pierwsze.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
- odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego - z dniem określonym w pkt 4),
 - zgonu ubezpieczonego - z dniem zgonu,
 - złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 20 - z następnym dniem po dniu wyceny, na podstawie której ustalana jest wartość wykupu, a w przypadku gdy wartość wykupu nie jest ustalana na podstawie wyceny, z następnym dniem po doręczeniu do Pośrednika wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - upływu okresu na jaki została zawarta,
 - trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku - z dniem wypadku, pod warunkiem zaakceptowania wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela.

§ 8

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn. Ubezpieczający składa oświadczenie o wypowiedzeniu umowy u Pośrednika w formie złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia.

§ 9

- W przypadku odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela,

ubezpieczyciel dokonuje wypłaty w wysokości wartości wykupu na zasadach określonych w § 20, przy czym za dzień złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia przyjmuje się dzień doręczenia oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia do Pośrednika.

2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu kwotę w wysokości wartości wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca na zasadach określonych w § 20, na podstawie wniosku o wykup (stanowiącego jednocześnie oświadczenie woli o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia) złożonego przez ubezpieczającego do Pośrednika.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot opłaty za ryzyko za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZycIELA § 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popelnienia lub usiłowania popelnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku jest wyłączona, natomiast odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ograniczona do wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popelnieniem lub usiłowaniem popelnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyciągi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty

motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,

- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popelnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych jest:
 - 1) wyłączona - w przypadku zajścia zdarzenia wymienionego w § 2 ust. 2 pkt. c),
 - 2) ograniczona do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu - w przypadku zajścia zdarzeń wymienionych w § 2 ust. 2 pkt a) – b), jeżeli do spowodowania tych zdarzeń przyczyniła się choroba stwierdzona przez lekarza przed dniem zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadek zaistniały przed tym dniem.
 4. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia; na potrzeby ustalenia wartości wykupu przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu rozumie się dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia; wartość wykupu obliczana jest na zasadach określonych w § 20. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 2 następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia, na zasadach określonych w § 16 ust. 1 i § 17.

FUNDUSZ § 11

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusz, stanowiący wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela.
2. Fundusz tworzony jest ze składki opłacanej przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień § 12.
3. W ramach Funduszu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składkę, z zastrzeżeniem postanowień § 12.

§ 12

1. Z wplaconej składki, przed jej przeliczeniem na jednostki uczestnictwa, ubezpieczyciel pobiera opłatę za zawarcie umowy ubezpieczenia w wysokości określonej w certyfikacie ubezpieczenia, nie wyższej jednak niż określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25.
2. Pozostała część składki, po potrąceniu opłaty, o której mowa w ust. 1, przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych odpowiednio na indywidualnym koncie inwestycyjnym.

AKTYWA FUNDUSZU I OPŁATY § 13

1. Środki Funduszu lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu przychodów z lokat środków Funduszu.

4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie § 16 i § 20, oraz należności wynikające z przepisów podatkowych, o których mowa w umowie ubezpieczenia.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA § 14

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszu, w celu ustalenia ceny jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w dniach wyceny przypadających dwa razy w miesiącu, w terminie 6 dni roboczych licząc od 1 i 17 dnia każdego miesiąca kalendarzowego, a jeżeli te dni są innymi niż dni robocze lub dniami, w których nie jest dokonywana wycena funduszu KBC Life Invest Fund Warta Premium Alternative Energy - 1 (jeżeli aktywa Funduszu lokowane są w jednostki uczestnictwa ww. funduszu), to wycena dokonywana jest najpóźniej w terminie 6 dni roboczych licząc od najbliższego dnia roboczego następującego po 1 i 17 dniu miesiąca kalendarzowego, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Pierwsza wycena zostanie dokonana w dniu 15.05.2009 r. natomiast druga w dniu 25.06.2009 r. W styczniu 2014 r., będącym ostatnim miesiącem obowiązywania umów ubezpieczenia, wycena zostanie dokonana w dniu 10.01.2014 r.
4. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje 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 dokonana była wycena do dnia, w którym dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
5. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej następnego dnia po dniu pierwszej wyceny.
6. Nabywanie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 5 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
7. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZycIELA § 15

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 16.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są:
 - a) z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego oraz dożycia do końca okresu ubezpieczenia – ubezpieczony,
 - b) z tytułu zgonu ubezpieczonego oraz zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku - osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 19 ust. 4.

§ 16

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wykupu powiększonej o 5% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż wartość wykupu powiększona o limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia, dotyczący świadczenia z tytułu zgonu.

2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wykupu powiększonej o 25% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż wartość wykupu powiększona o limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia, dotyczący świadczenia z tytułu zgonu w wyniku wypadku.
3. W przypadku złożenia przez uprawnionego wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, jeżeli ubezpieczyciel ustali, iż zdarzenie, które spowodowało zgon ubezpieczonego nie spełnia definicji, o której mowa w § 1 ust. 2 pkt 6), wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku traktuje się jako wniosek ubezpieczonego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego.
4. Z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wykupu powiększonej o 25% sumy ubezpieczenia, jednak nie więcej niż wartość wykupu powiększona o limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia dotyczący świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy w wyniku wypadku.
5. W przypadku każdego z powyższych świadczeń limit przypadający na daną umowę ubezpieczenia dotyczący danego świadczenia równy jest limitowi dotyczącemu danego świadczenia, określonego przez ubezpieczyciela w tabeli opłat, o której mowa w § 25, 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.
6. Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości równej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczonej według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej na koniec trwania umowy ubezpieczenia.
7. W przypadkach, o których mowa w ust. 1, 2 i 4, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty świadczeń w trybie określonym w § 20, z zastrzeżeniem postanowienia ust. 8.
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 17 ust. 5.
9. Świadczenie, o którym mowa w ust. 2, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
10. Jeżeli wysokość lub wypłata świadczenia ubezpieczyciela zależy od istnienia trwałej lub całkowitej niezdolności do pracy, trwałego i całkowitego inwalidztwa lub trwałego uszczerbku na zdrowiu, istnienie wyżej wymienionych przesłanek ustala komisja lekarska ubezpieczyciela na podstawie odpowiedniej dokumentacji medycznej lub po przeprowadzeniu odpowiednich badań.
11. W przypadku zajścia zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt a) – c) ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej wyłącznie jedno świadczenie, w wysokości kwoty wyższego ze świadczeń.
12. Na podstawie danej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel, wypłaca tylko jedno świadczenie przewidziane umową albo tylko wartość wykupu. W

przypadku, gdy w czasie trwania umowy ubezpieczenia zostanie złożony wniosek o wypłatę świadczenia i wniosek o dokonanie wykupu, ubezpieczyciel wypłaca tę należność, co do której złożony został pierwszy wniosek.

§ 17

- Świadczenia, o których mowa w § 16 ust. 1, 2 i 4 wypłacane są na podstawie złożonego do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. W przypadku zawarcia na rzecz danego ubezpieczonego kilku umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU ubezpieczony składa jeden wniosek o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 16 ust. 4. Wniosek ten, z uwzględnieniem postanowień § 3 ust. 3 i 4 dotyczy wszystkich umów ubezpieczenia, na podstawie których ubezpieczyciel ponosi odpowiedzialność.
- Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
- Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
- Koszty przeprowadzenia badań, o których mowa w ust. 3, ponosi ubezpieczyciel.
- Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Wypłata świadczenia, o którym mowa w § 16 ust. 6 dokonywana jest przez ubezpieczyciela w terminie 10 dni roboczych od dnia końca okresu ubezpieczenia, na rachunek wskazany przez ubezpieczającego w certyfikacie ubezpieczenia. W przypadku zmiany numeru rachunku określonego w certyfikacie ubezpieczenia, do realizacji świadczenia przyjmuje się ostatni numer rachunku wskazany przez ubezpieczającego, na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia.
- Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku osoby na rzecz której świadczenie jest spełniane – kwotą należnego świadczenia.
- Gdyby w terminie określonym w ust. 5 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.
- W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym poczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
- Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd

właściwy dla miejsca zamieszkania ubezpieczającego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.

- Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 18

- Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
- Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
- Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego pisemnie na formularzu ubezpieczyciela.
- Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do Pośrednika wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 19

- 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.
- W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych nie jest równa 100% świadczenia, przyjmuje się, że udziały uprawnionych w świadczeniu są równe.
- Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - małżonek,
 - w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
- Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 3, świadczenie wypłacane jest w równych częściach spadkobiercom testamentowym ubezpieczonego.
- Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczonego zgodnie z § 18 lub ustaloną stosownie do postanowień ust. 3 i 4 niniejszego paragrafu umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 20

- Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu.
- Przy ustalaniu wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej następnego dnia po dniu najbliższej wyceny przypadającej nie wcześniej, niż 11 dni roboczych po dacie złożenia przez osobę uprawnioną do Pośrednika kompletnego wniosku o dokonanie wykupu, pomniejszoną o opłatę

likwidacyjną określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 25, z zastrzeżeniem ust. 3.

- Jeżeli wniosek o wykup złożony został nie później niż do dnia 30 kwietnia 2009 r. włącznie, wartość wykupu przyjmuje wartość równą wpłaconej składce pomniejszonej o opłatę za zawarcie umowy ubezpieczenia określoną w certyfikacie, w wysokości nie większej jednak niż określona w tabeli opłat, o której mowa w § 25. Ponadto zgodnie z § 9 ust. 3 ubezpieczającemu przysługuje zwrot opłaty za ryzyko za niewykorzystany okres ochrony ubezpieczeniowej.
- Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5, nie wcześniej jednak niż po dniu w którym ustalona została wartość wykupu, zgodnie z ust. 2 powyżej.
- Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa, nie później jednak niż w ciągu 30 dni roboczych od dnia złożenia przez osobę uprawnioną do Pośrednika kompletnego wniosku o dokonanie wykupu, z wyłączeniem wykupów kwalifikujących się na dzień wyceny 25.06.2009 r, gdzie maksymalny okres wypłaty może wynieść 50 dni roboczych.
- Kwotę z tytułu wykupu, o której mowa w ust. 3, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 7 dni roboczych od dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 21

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
- umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

§ 22

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 21, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, ubezpieczyciel może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§ 23

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

§ 24

- Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
- Strony są zobowiązane do informowania się o każdej zmianie adresu zamieszkania lub siedziby. Ubezpieczyciel wykonuje swój obowiązek informowania poprzez zgłoszenie zgodnie z przepisami prawa zmiany sądowi rejestrowemu oraz stosowne ogłoszenie w Monitorze Sądowym i Gospodarczym. W razie braku poinformowania, przyjmuje się, że druga strona wypełniła swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany jej adres.

- Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
- Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby ubezpieczyciela.
- Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
- Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
- Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 25

- W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
- Zasady Działania Funduszu stanowią załącznik do OWU.
- Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją, zawarciem umowy ubezpieczenia oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania w zakresie nie uregulowanym w niniejszych OWU, określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 26

- Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
- Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się przez zgłoszenie ubezpieczycielowi tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 27

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

§ 28

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 8/2009 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 marca 2009 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Ned Radikov

Zasady Działania Funduszu EKO ENERGIA Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Program Inwestycyjny EKO ENERGIA

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszu EKO ENERGIA (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym (zwany dalej „Funduszem”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZU EKO ENERGIA

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusz, stanowiący wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela.
2. Fundusz tworzony jest ze składki opłacanej z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczana jest wpłacana składka, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
4. W ramach Funduszu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte za składkę.
5. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
6. Celem Funduszu jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
7. Aktywa Funduszu inwestowane są w 100% w jednostki uczestnictwa subfunduszu KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1, utworzonego i zarządzanego przez KBC Life Fund Management S.A. z siedzibą w Luksemburgu, z zastrzeżeniem

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1

§ 3

1. Na potrzeby niniejszych Zasad wprowadza się następujące definicje:
 - 1) **KBC LIFE INVEST FUND** – fundusz inwestycyjny o zmiennym kapitale z wydzielonymi subfunduszami, z siedzibą w Luksemburgu, utworzony zgodnie z przepisami prawa luksemburskiego.
 - 2) **KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1** – subfundusz z gwarantowanym kapitałem funduszu inwestycyjnego KBC Life Invest Fund z siedzibą w Luksemburgu. KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 w stosowanej polityce inwestycyjnej dąży do takiego skonstruowania portfela inwestycyjnego, który zapewni osiągnięcie w dniu jego zapadalności określonego w prospekcie celu inwestycyjnego, jakim jest ochrona wpłacanego do subfunduszu kapitału oraz osiągnięcie stopy zwrotu uzależnionej od zmian wartości wybranego indeksu.

2. Czas trwania KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY-1 określony jest do dnia zapadalności czyli do dnia 31.12.2013 roku.
3. KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 dąży do osiągnięcia w dniu zapadalności wzrostu wartości jednostki uczestnictwa uzależnionego od zmian wartości koszyka akcji opisanego w prospekcie emisyjnym KBC LIFE INVEST FUND, obejmującym subfundusz KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 oraz innych dokumentach dotyczących tego subfunduszu.
4. Aktywa KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY – 1 lokowane są przede wszystkim w papiery wartościowe, instrumenty finansowe, w tym obligacje, krótkoterminowe papiery wartościowe, papiery zabezpieczające, opcje, swapy i inne instrumenty pochodne.
5. Szczegółowe zasady działania KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 są określone w prospekcie emisyjnym zgodnie z właściwymi przepisami prawa.

§ 4

1. W przypadku likwidacji KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 lub zaistnienia innej sytuacji, która uniemożliwi inwestowanie aktywów Funduszu w jednostki uczestnictwa KBC LIFE INVEST FUND WARTA PREMIUM ALTERNATIVE ENERGY - 1 aktywa Funduszu inwestowane będą w inne kategorie lokat, według następujących zasad:
 - 1) celem Funduszu będzie zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa;
 - 2) portfel lokat Funduszu będzie obejmował dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe;
 - 3) modelowa struktura aktywów Funduszu będzie przedstawiać się w sposób następujący:
 - a) 75% wartości aktywów będzie lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - b) 25% wartości aktywów będzie lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu;
 - 4) dopuszcza się możliwość występowania odchyłeń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0-100%;
 - 5) w ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy

inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;

- 6) w ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu;
 - 7) podstawowymi kryteriami doboru akcji będzie analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych będzie analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
 - 8) Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowanych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski;
 - 9) jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów Funduszu;
 - 10) maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.
2. W przypadku, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel pobiera opłatę z tytułu zarządzania Funduszem według stawki nie większej niż 2% w skali roku, liczonej od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobieranej przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny).

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZU

§ 5

1. Zasady wyceny lokat Funduszu ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 24 grudnia 2007 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 6

Oplaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszu, a także z ich przechowywaniem, pokrywane zgodnie z umowami, na podstawie których ubezpieczyciel zobowiązany jest do ich ponoszenia, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszu, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa. Ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczającego rozliczane są w ciężar wartości wykupu.

§ 7

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

§ 8

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 8/2009 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 marca 2009 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Ned Radikov

Tabela opłat do ubezpieczenia Program Inwestycyjny EKO ENERGIA

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
1. maksymalna opłata z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia (w tym opłata za ryzyko ubezpieczeniowe)	nie więcej niż 2,9% wartości składki	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie odpowiedniej kwoty od wpłaconej składki, przed jej przeliczeniem na jednostki uczestnictwa
2. opłata likwidacyjna	1,4% wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego, obliczonej według ceny jednostek uczestnictwa, według której ustalana jest wartość wykupu	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, przed dokonaniem wykupu
LIMITY	1 000 zł	jednorazowa
dotyczący świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego	15 000 zł ¹⁾ 750 zł ²⁾	1) dla osób które do dnia 2.03.2009 nie ukończyły 70 roku życia, 2) dla osób, które ukończyły 70 rok życia przed dniem 3.03.2009
dotyczący świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku	75 000 zł	1) dla osób które do dnia 2.03.2009 nie ukończyły 70 roku życia, 2) dla osób, które ukończyły 70 rok życia przed dniem 3.03.2009
dotyczący świadczenia z tytułu trwałej i całkowitej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku	75 000 zł ¹⁾ 3 750 zł ²⁾	1) dla osób które do dnia 2.03.2009 nie ukończyły 70 roku życia, 2) dla osób, które ukończyły 70 rok życia przed dniem 3.03.2009

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 8/2009 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 marca 2009 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Ned Radikov