

Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe	
KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ Ogólne Warunki Ubezpieczenia.....	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	5
6. Indeksacja.....	6
7. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	7
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	7
9. Ubezpieczenie bezskładkowe	9
10. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
11. Udział w zysku	10
12. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	10
13. Skrócenie okresu ubezpieczenia	13
14. Wykup ubezpieczenia	13
15. Postanowienia końcowe	13
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego	
w Wyniku Wypadku	16
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej	19
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia	
Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku	22
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki	
w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	27
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Fundusz Posagowy	31
VII. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych	
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	37
VIII. Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego	
KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ.....	48

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe

zwane również KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **współubezpieczony** – wskazane przez ubezpieczającego dziecko, którego dożycie do końca okresu ubezpieczenia lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, jednocześnie uprawnione do otrzymania świadczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
 - 6) **renta posagowa** – dodatkową umowę ubezpieczenia, zawartą na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej,
 - 7) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 8) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia; każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; w przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego,
 - 10) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 11) **rezerwa matematyczna** – przypadająca na daną umowę ubezpieczenia zawartą w zakresie podstawowym oraz w zakresie renty posagowej, o ile została zawarta dodatkowa umowa renty posagowej, rezerwę tworzoną przez ubezpieczyciela, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, ustaloną według zasad obowiązujących u ubezpieczyciela w dniu zawarcia danej umowy ubezpieczenia,
 - 12) **stopa techniczna** – stopę oprocentowania przyjętą do kalkulacji składki dla danej umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu; wysokość stopy technicznej określona jest w umowie ubezpieczenia,
 - 13) **wartość wykupu** – kwotę wskazaną w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, wypłacaną przez ubezpieczyciela na zasadach określonych w OWU,
 - 14) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,

- 15) **udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania przez ubezpieczyciela rezerw matematycznych, przysługujący na zasadach określonych w OWU,
- 16) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 17) **minimalna wartość wykupu** – kwotę ustaloną przez ubezpieczyciela, określoną w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU,
- 18) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 19) **miesiąc ubezpieczeniowy** - pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

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

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku dokonania indeksacji składki na zasadach określonych w § 6.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony (okres ubezpieczenia), na okres nie krótszy niż 5 lat.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia, jeżeli składki z tytułu umowy opłacane są okresowo i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 80 rok życia, jeżeli składka z tytułu umowy opłacana jest jednorazowo.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat, natomiast współubezpieczony nie ukończył 18 lat.

4. Okres ubezpieczenia nie może kończyć się wcześniej niż w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współubezpieczony ukończy 18 lat ani później niż w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współubezpieczony ukończy 25 lat.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
9. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
11. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela.
12. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie
– zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do

- zapłaty wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
6. Jeżeli w dodatkowym terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu ubezpieczający nie wpłaci zaległych składek, o których mowa w ust. 5:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła w okresie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu wskazanego w wezwaniu ubezpieczyciela,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia:
 - a) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 13, z upływem terminu określonego w wezwaniu ubezpieczyciela, pod warunkiem iż wartość wykupu dotycząca umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona przekracza minimalną wartość wykupu,
 - b) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu określonego w wezwaniu ubezpieczyciela, w przypadku gdy wartość wykupu umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona nie przekracza minimalnej wartości wykupu.
 7. W przypadku określonym w ust. 6 pkt 2) ppkt b) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 22.
 8. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych, od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
 9. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. Ubezpieczyciel może uzależnić wysokość składki od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez ubezpieczyciela.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 7 składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o: wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu

o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich 2 latach okresu ubezpieczenia oraz w razie przejęcia przez ubezpieczyciela, na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie podstawowym lub na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązku opłacania składki.
8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3 może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez ubezpieczyciela.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 5 ust. 6,
 - 4) zgonu współubezpieczonego, z 60 dniem po dniu zgonu współubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 12,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia - z dniem doręczenia ubezpieczycielowi wniosku

- o wykup ubezpieczenia,
- 6) upływu okresu na jaki została zawarta,
 - 7) skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 21, z dniem zaakceptowania wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
 3. Z dniem zgonu ubezpieczonego rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia, których przedmiotem jest życie lub zdrowie ubezpieczonego.
 4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wykupu ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 22, z zastrzeżeniem iż wartość wykupu ustalana jest wg stanu na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 10

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

§ 11

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel nie zwraca składki, a dokonuje wykupu na zasadach określonych w § 22, gdy składka w ramach umowy ubezpieczenia opłacana była jednorazowo.

§ 12

1. W przypadku zgonu współubezpieczonego ubezpieczający może wskazać inne dziecko, które w dniu zgonu współubezpieczonego nie ukończyło 18 lat, jako współubezpieczonego, z tym że muszą być spełnione warunki, o których mowa w § 4 ust. 4. Umowa ubezpieczenia nie ulega wtedy rozwiązaniu.
2. Wskazanie, o którym mowa w ust. 1, musi być dokonane na piśmie i doręczone ubezpieczycielowi w ciągu 60 dni od dnia zgonu współubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić wszystkie należne składki najpóźniej w dniu wskazania.
3. W przypadku wskazania, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia w zakresie dożycia współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia trwa nieprzerwanie, natomiast odpowiedzialność z tytułu innych zdarzeń i dodatkowych umów ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu następnym po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wskazania, o którym mowa w ust. 1.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wskaże innego dziecka jako współubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu sumę wpłaconych składek z tytułu umowy zawartej w zakresie podstawowym, nie mniej jednak niż wartość wykupu wg stanu na dzień zgonu współubezpieczonego i nie więcej

jednak niż wynosi suma ubezpieczenia powiększona o dodatkową sumę ubezpieczenia, o której mowa w § 15 ust. 3, na podstawie wniosku który ubezpieczający może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Wypłata, o której mowa powyżej, następuje najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę.

5. Jeżeli w dniu zgonu współubezpieczonego ubezpieczający nie żyje, kwota w wysokości określonej w ust. 4 przysługuje członkom rodziny ubezpieczającego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczającym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) - 3).

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 13

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe po upływie 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz gdy wartość wykupu równa jest co najmniej aktualnej minimalnej wartości wykupu. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym we wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, który został doręczony ubezpieczycielowi, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe nie wcześniej niż w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i 2 umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 5 ust. 6 pkt 2) ppkt a), bez wymogu składania wniosku przez ubezpieczającego.
4. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - 1) okres ubezpieczenia nie ulega zmianie,
 - 2) wygasa wymagalność wszystkich przyszłych składek, w tym również składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia,
 - 3) począwszy od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) suma ubezpieczenia ulega zmianie z uwzględnieniem wartości wykupu polisy, wieku ubezpieczonego w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia i okresu jaki pozostał od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia do zakończenia trwania umowy ubezpieczenia, wysokość wyliczonej sumy ubezpieczenia zależy też od tego, czy zakres ochrony obejmuje rentę posagową i od jej wariantu; wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe wskazana jest w umowie ubezpieczenia,
 - b) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia oprócz dodatkowej umowy renty posagowej.
5. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, ubezpieczający może dokonać jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia składkowego, wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 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, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 6) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek o wypłatę świadczenia złożony przez uprawnionego, wg jej stanu z dnia zgonu ubezpieczonego, w terminie określonym w § 18.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 15

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości rezerwy matematycznej.
2. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
3. Kwota udziału w zysku stanowi składkę jednorazową z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym oraz z tytułu renty posagowej – jeżeli dodatkowa umowa renty posagowej została zawarta. W każdą rocznicę polisy na podstawie powyższej składki wyliczana jest dodatkowa suma ubezpieczenia.
4. Dodatkowa suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, obliczana jest na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki jednorazowej, okresu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 17 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 18 ust. 8.
2. Zawierając umowę ubezpieczenia, ubezpieczający wskazuje współubezpieczonego jako osobę uprawnioną do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej,

a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej:

- 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
- 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń oraz udziału w zysku.

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

§ 17

1. W przypadku zgonu ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia, które nie wygasają z dniem zgonu ubezpieczonego, od daty pierwszej składki należnej po dacie zgonu ubezpieczonego, chyba że w Ogólnych Warunkach Dodatkowego Ubezpieczenia zastrzeżono inaczej.
2. Z tytułu dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia oraz dodatkowej sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

§ 18

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego.

§ 19

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zarówno przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 20

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) - 3).

SKRÓCENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Współubezpieczony, który ukończył 18 lat, ma prawo do skrócenia okresu ubezpieczenia, jeżeli:
 - 1) zawarł związek matrzeński,
 - 2) został rodzicem,
 - 3) rozpoczął naukę w szkole wyższej.
2. W celu skrócenia okresu ubezpieczenia współubezpieczony składa odpowiedni wniosek, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela; jeżeli żyje ubezpieczający konieczna jest jego zgoda wyrażona na wniosku.
3. W przypadku zaakceptowania wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu kwotę w wysokości rezerwy matematycznej według jej stanu na dzień doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia; postanowienia § 18 ust. 8 - 10 stosują się odpowiednio.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 22

1. Ubezpieczający, który opłacał składkę okresowo, po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek wymagalnych w tym okresie, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający, który opłacił składkę jednorazowo może dokonać wykupu ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Ilekroć w OWU mowa jest o wartości wykupu, w przypadku opłacania składek okresowo, wypłata wartości wykupu może nastąpić po upływie dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu.
5. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez osobę uprawnioną.
6. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 5; postanowienia § 18 ust. 8 - 10 stosują się odpowiednio.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 23

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 24

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. 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.

4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane do 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. 7.
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.
7. 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.

§ 25

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 26

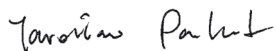
1. Jeżeli ubezpieczającym jest osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, to następujące zapisy OWU nie mają zastosowania: § 1 ust. 2 pkt 2), § 2 ust. 2 pkt 1), § 4 ust. 11, § 5 ust. 9, § 9 ust. 3, § 14, § 17 ust. 1, § 19, § 20.
2. Jeżeli w sytuacji określonej w § 5 ust. 7, brak jest ubezpieczającego, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, wartość wykupu wypłacana jest współubezpieczonemu, a w przypadku gdy brak jest współubezpieczonego wartość wykupu wypłacana jest osobom powołanym do dziedziczenia po współubezpieczonym.
3. Jeżeli w dniu zgonu współubezpieczonego brak jest ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, kwota w wysokości określonej w § 12 ust. 4 przysługuje osobom powołanym do dziedziczenia po współubezpieczonym.
4. Brak ubezpieczającego, będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, oznacza ustanie osobowości prawnej ubezpieczającego będącego osobą prawną lub rozwiązanie ubezpieczającego będącego jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej.

§ 27

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

§ 28

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe, zwane również KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręzonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 8, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 8.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, 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) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,

- 10) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenie oznacza:

- 1) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego, może być doręczony ubezpieczycielowi wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jedynie jeżeli ubezpieczający jest rodzicem (naturalnym albo osobą, która przysposobiła) lub opiekunem (przedstawicielem ustawowym) dziecka będącego współubezpieczonym.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia ani zawarcia nowej dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem sytuacji o której mowa w § 13 ust. 5 OWU.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. W okresie opłacania składek suma ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości renty, podwyższana jest w wyniku indeksacji składki, o której mowa w OWU.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu w przypadku zgonu ubezpieczonego świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości 2% albo 4% sumy ubezpieczenia, powiększonej odpowiednio o 2% albo 4% dodatkowej sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 15 ust. 3 OWU, zgodnie z umową ubezpieczenia.
2. Wysokość renty podlega corocznemu zwiększeniu w związku z udziałem w zysku, odpowiednio do wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia naliczonej w związku z udziałem w zysku. Zwiększenie obowiązuje począwszy od pierwszej wypłaty renty następującej po 30 dniach, licząc od rocznicy polisy, w związku z którą naliczany jest zysk.
3. Renta wypłacana jest za okres od dnia zgonu ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) 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, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 6) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 7) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

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

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe, zwane również KOLOROWA PRZYSZŁOŚĆ (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała współubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 3) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 8,pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 8.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach inwalidztwa współubezpieczonego:

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

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:

- 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
- 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
- 3) dłoń – palce i śródrečce,
- 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
- 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,

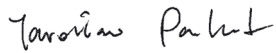
- 6) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień inwalidztwa współubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się współubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez współubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem lub działaniem współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, współubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 12) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 2) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego jej zawarcia.

7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
8. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
9. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
10. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejścia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Wysokość składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości składek z tytułu umowy podstawowej oraz dodatkowych umów ubezpieczeń podlegających przejściu opłacania składki z uwzględnieniem indeksacji ww. składek.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejściu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, w których ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia fundusz posagowy.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel spełnia na podstawie kompletnego wniosku, doręzonego ubezpieczycielowi oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.

4. Składka za okres od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o realizację świadczenia przez ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
5. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłacona przez ubezpieczającego składka za okres, o którym mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Do terminu, w którym ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty świadczenia.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 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) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową,
 - 11) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w § 6 ust. 1:
 - 1) składki opłacane są przez ubezpieczyciela do czasu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego (tj. do czasu, gdy w opinii ubezpieczyciela ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy),
 - 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, o której mowa w pkt 1), ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek,
 - 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego orzeka komisja lekarska ubezpieczyciela.
2. W okresie opłacania składek przez ubezpieczyciela składki wynikające z umowy ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.

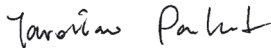
3. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie inwalidztwa.
4. W przypadku odmowy przez ubezpieczonego poddaniu się czynnościom, o których mowa w ust. 3, ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczającego do podjęcia opłacania składek:
 - 1) ubezpieczyciel w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania składek,
 - 2) w przypadku niepodjęcia, w terminie wskazanym przez ubezpieczyciela, opłacania składek przez ubezpieczającego - postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **Plan Inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Plan Inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 3) **składka regularna** – składkę wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej ustalona przez ubezpieczyciela i wskazana w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 6) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 7) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 8) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 9) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 10) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu i Planu.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku ubezpieczającego doręzonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia lub,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 10 ust. 2.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka regularna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka regularna opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki regularnej ustalany jest w oparciu o wskaźnik indeksacji.
5. Dokonanie indeksacji składki regularnej możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Indeksacja dotycząca dodatkowej umowy ubezpieczenia może być ustalana przez ubezpieczającego na poziomie wyższym od wskaźnika indeksacji.

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planów część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki regularne i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek regularnych i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne i doraźne, z zastrzeżeniem § 6.
5. W ramach Funduszu i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego ubezpieczającego indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne.

§ 6

1. Składki regularne oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach i Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy lub Planów, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel lokuje składki w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach i Planach.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.

5. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu lub Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z tabelą opłat, o której mowa w § 14 ust. 3, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu lub Planie, do którego transfer jest dokonywany.
6. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu, w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.
8. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.

§ 7

1. Środki Funduszu i Planu lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu i Planu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu i Planu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu i Planu powiększana jest z tytułu:
 - 1) wpłat składek regularnych i składek doraźnych, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6,
 - 2) przychodów z lokat środków Funduszu i Planu.
4. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie § 10 - 12 niniejszych Warunków;
 - 2) opłaty pobierane zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.
5. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami i Planami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowiących załącznik do OWU.

§ 8

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy i Planów, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu bądź Planu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez ubezpieczyciela w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
5. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym nie rzadziej niż raz na rok, w terminie do 30 dni licząc od rocznicy polisy.
6. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej

w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu:

- 1) składki regularnej na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak nie wcześniej niż w następnym dniu, po dniu należności składki regularnej, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, po potrącaniu opłaty administracyjnej w wysokości 2% składki regularnej,
 - 2) składki doraźnej na rachunek ubezpieczyciela.
7. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

§ 9

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 10

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym w przypadku dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający może postanowić przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia lub w trakcie jej trwania, że świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym wypłacone zostanie osobie uprawnionej w przypadku zgonu ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1 lub 2, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty świadczenia, o którym mowa w OWU.
5. W przypadku określonym w ust. 1 i 2 indywidualne konto inwestycyjne ulega likwidacji.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 i 2, jest współubezpieczony.

§ 11

1. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu kwotę w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z zastrzeżeniem ust. 5, 6 i 7.
2. Wypłata kwoty, o której mowa w ust. 1, następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi odpowiedniego wniosku.
3. Przy ustalaniu wartości jednostek uczestnictwa użytej do wyznaczenia wysokości wypłaty, o której mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 2.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu

- wniosku przez ubezpieczyciela, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 2.
5. Z dniem wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, indywidualne konto inwestycyjne ulega likwidacji.
 6. Jeżeli w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia brak jest ubezpieczającego będącego osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, kwota, o której mowa w ust. 1 wypłacana jest współubezpieczonemu, z zastrzeżeniem ust. 7.
 7. Jeżeli w sytuacji, o której mowa w ust. 6, rozwiązanie umowy nastąpiło w związku ze zgonem współubezpieczonego, kwota o której mowa w ust. 1 przysługuje osobom powołanym do dziedziczenia po współubezpieczonym.
 8. Jeżeli rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wskutek skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 21 OWU, kwota, o której mowa w ust. 1 wypłacana jest współubezpieczonemu.

§ 12

1. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich lub części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, uprawnionym do dokonania wykupu jest ubezpieczający.
3. Wykup częściowy może być dokonany w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
4. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym po dokonaniu wykupu częściowego, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.
5. Wykup całkowity może być dokonany w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek uprawnionego do dokonania wykupu.
7. Przy ustalaniu wysokości wykupu całkowitego lub wysokości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku o wykup lub częściowy wykup.
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 9.
9. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup.
10. Przy dokonywaniu wykupu lub wypłaty, o której mowa w § 11, w ciągu pierwszych 5 lat trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, licząc od dnia jej zawarcia, ubezpieczyciel pobiera opłatę w wysokości 5% kwoty wykupu lub wypłaty w pierwszym roku, pomniejszaną corocznie o 1%.
11. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wszystkim jednostkom uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji, a dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

§ 13


1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie umowy ubezpieczenia, zawartej w zakresie podstawowym lub na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejścia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zawieszeniu ulegają wpłaty składek z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ubezpieczający może dokonać tylko wykupu całkowitego.

§ 14

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.
2. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowią załącznik do OWU.
3. Wysokość pozostałych opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w związku z dodatkową umową ubezpieczenia, nie uwzględnionych w niniejszych Warunkach, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji określone są na podstawie tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU.
4. W przypadku zaległości w opłaceniu składek z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejsza wszelkie wypłaty dokonywane na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia o kwotę odpowiadającą wszystkim opłatom i kosztom, które byłyby naliczone od wartości niezapłaconych składek, gdyby ubezpieczający zapłacił je zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW INWESTYCYJNYCH

§ 2

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany Inwestycyjne (zwane dalej Planami), stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planu część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek opłacanych z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Fundusz Posagowy, na podstawie których dodatkowa umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze i Plany.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu, Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie o likwidacji Funduszu, Planu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu, Planu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu, Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu, Planu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wptywające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu, Planu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, o którym mowa powyżej.
9. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Funduszu, Planu ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu do innego Funduszu, Planu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Fundusz, Plan. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.
10. Z dniem likwidacji Funduszu, Planu, w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu, Planu do Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu, Planu strategii

inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

11. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie o zmianie modelowej struktury aktywów Planu na co najmniej 3 miesiące przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego Planu.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY

§ 3

1. Celem Funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpieczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0% do 50%,
 - 4) listy zastawne - od 0% do 30%,
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających

- na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
 3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
 4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - 2) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
 5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
 6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
 7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
 8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
 9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNY

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób

następujący:

- 1) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
- 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNY

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.

2. Aktywa Funduszu KBC Stabilny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Stabilny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Stabilny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNY

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Dynamiczny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Dynamiczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego
3. Aktywa Funduszu KBC Dynamiczny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
4. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w instrumenty dłużne, instrumenty rynku pieniężnego oraz w akcje. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: 75% wartości aktywów jest lokowanych w akcje, 25% w instrumenty dłużne i rynku pieniężnego, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 20% aktywów.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Dynamiczny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Dynamiczny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, wskazaną w ust. 4.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PIENIĘŻNY

§ 9

1. Celem Funduszu KBC Pieniężny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Pieniężny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny lokowane są głównie

w instrumenty finansowe rynku pieniężnego (przede wszystkim bony skarbowe i obligacje), których okres do terminu wykupu lub okres odsetkowy jest nie dłuższy niż rok – do 100%, nie mniej niż 70% aktywów funduszu.

4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Pieniężny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Pieniężny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKTYWNY

§ 10

1. Celem Funduszu KBC Aktywny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Aktywny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny lokowane są głównie w:
 - 1) akcje – od 30 % do 70% wartości aktywów funduszu,
 - 2) dłużne papiery wartościowe – do 70% wartości aktywów funduszu.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Aktywny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Aktywny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCYJNY

§ 11

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcyjny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcyjny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa Funduszu KBC Akcyjny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
4. KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny inwestuje w akcje oraz krótkoterminowe papiery dłużne. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny przedstawia się w sposób następujący: do 100% wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 75% wartości aktywów netto funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane

w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcyjny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcyjny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny, wskazaną w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCJI MAŁYCH I ŚREDNICH SPÓTEK

§ 12

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa KBC Akcji Małych i Średnich Spółek inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek.
4. KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek inwestuje w akcje, głównie małych i średnich spółek charakteryzujących się dobrą sytuacją fundamentalną lub silnym niedowartościowaniem oraz w inne papiery wartościowe między innymi dłużne instrumenty finansowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski i inne podmioty o wysokiej według oceny funduszu zdolności kredytowej oraz inne instrumenty finansowe lub instrumenty rynku pieniężnego. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek przedstawia się w sposób następujący: do 100% wartości aktywów lokowanych jest w akcje, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 70% wartości aktywów netto funduszu oraz udział akcji małych i średnich spółek nie może być niższy niż 60% wartości aktywów netto funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek, wskazaną w ust. 4 i 5.

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

§ 13

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU DEFENSYWNEGO

§ 14

1. Celem Planu Defensywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Defensywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych i dłużnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny i KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Defensywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Defensywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 10% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 90%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Defensywnego, przy czym charakterystyka Planu Defensywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU STABILNEGO

§ 15

1. Celem Planu Stabilnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Stabilnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Stabilnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Stabilnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC

Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 35% - 85%, a zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 15% - 45%.

6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Stabilnego, przy czym charakterystyka Planu Stabilnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 16

1. Celem Planu Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Zrównoważonego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Zrównoważonego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 45% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 20% - 70%, a zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 30% - 70%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Planu Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU DYNAMICZNEGO

§ 17

1. Celem Planu Dynamicznego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Dynamicznego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.

3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 20% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 75% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, a zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 50% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dynamicznego, przy czym charakterystyka Planu Dynamicznego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY I PLANÓW

§ 18

1. Zasady wyceny lokat Funduszy i Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 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 Funduszy i Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 19


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

§ 20

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

§ 21

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 201/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego zwanego również KOLOROWĄ PRZYSZŁOŚCIĄ

Rodzaj opłaty / wskaźnika	Wysokość opłaty ^{1/} wskaźnika	Tryb pobierania
Umowa podstawowa		
Procentowy wskaźnik kosztów	1,5%	Wskaźnik stosowany przy obliczaniu udziału w zysku.
Umowa dodatkowa - fundusz posagowy		
Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami i planami	brak opłaty	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
- pierwszy raz w danym roku polisowym	0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	
- drugi i kolejny raz w danym roku polisowym		
Zmiana podziału procentowego		
- pierwszy raz w danym roku polisowym	brak opłaty	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu bądź planie.
- drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	25 zł	

Umowa podstawowa	
Minimalna wartość wykupu	2 000 zł
Umowa dodatkowa - fundusz posagowy	
Minimalna składka doraźna dla Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem Posagowym	700 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł

Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostająca na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dokonaniu wykupu częściowego	500 zł
---	--------

Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny:

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

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 14/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzona w życie z dniem 1 marca 2011 roku.

Jarostaw Parkot

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



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

