

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne

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 **zakładem ubezpieczeń, 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,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego 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 dodatkowego ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku, stanowiących Załącznik do OWU,
 - 6) **współubezpieczony** – rodzica lub opiekuna prawnego (osoba fizyczna) lub oboje rodziców lub opiekunów prawnych (osoby fizyczne) – w przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko,
 - 7) **dziecko** – osobę, będącą ubezpieczonym, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia miała ukończony jeden rok życia, ale nie ukończyła 25 lat,
 - 8) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 9) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,
 - 10) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 11) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 12) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 13) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 14) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 15) **składka regularna** – składkę płatną w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia,
 - 16) **składka jednorazowa** – składkę płatną jednorazowo przez ubezpieczającego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki jednorazowej obowiązująca aktualnie w zakładzie ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust.3,
 - 17) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie w zakładzie ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust.3.
 - 18) **alokacja składki** – procent, określający jaka część składki regularnej lub jednorazowej i składki doraźnej przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
 - 19) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
 - 20) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
 - 21) **wartość wykupu** – kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,

- 22) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą zakład ubezpieczeń wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 25,
- 23) **wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne lub za składkę jednorazową, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 24) **dotądka wartość polisy** - kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki doraźne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 25) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 26) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu,
- 27) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie należnych składek regularnych, pomniejszonej o wartość polisy i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być także zdrowie ubezpieczonego lub życie i zdrowie współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - a) zgonu ubezpieczonego,
 - b) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia odpowiada wysokości wpłaconych składek regularnych lub wysokości wpłaconej składki jednorazowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 1rok i nie ukończyła 65 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 65 lat, z tym, że:
 - a) składka z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia może być określona tylko jako jednorazowa, z możliwością wpłat składek doraźnych,
 - b) zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie ryzyko zgonu ubezpieczonego,
 - c) nie jest możliwe zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Dokumenty, o których mowa w ust.4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
8. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
9. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
10. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki regularnej lub jednorazowej w

wysokości co najmniej minimalnej ustalonej przez zakład ubezpieczeń.

11. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
12. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron, w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
13. Przyjmuje się, iż 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.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej lub zapłacenia składki jednorazowej, zgodnie z postanowieniami OWU i wyborem ubezpieczającego, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej lub odpowiednio jednorazowej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. Składka regularna może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić:
 - a) pierwszą składkę regularną najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna,
 - b) składkę jednorazową najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień zapłaty składki uznaje się dzień, w którym spełnione są łącznie warunki: pełna kwota składki wpłynęła na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń i zakład ubezpieczeń otrzymał informację (prawidłowo określony tytuł wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki regularnej. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywa ubezpieczającego do opłacenia zaległej składki w terminie do 90 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składki w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych..
7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłatę w wysokości stanowiącej równowartość wszystkich zaległych składek regularnych, które ubezpieczający był zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
8. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust.6 :
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, następuje wstrzymanie opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6.
9. Jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w czasie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ograniczona jest w takiej sytuacji do wypłaty uprawnionemu jedynie świadczenia w wysokości wartości wykupu, obliczonej na zasadach określonych w § 25. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego.
10. Zawieszenie odpowiedzialności, o którym mowa w ust. 6, ma miejsce w przypadku niezapłacenia składki regularnej w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
11. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 7-8 w wysokości odsetek ustawowych.

WSTRZYMANIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 6

1. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do wstrzymania opłacania składek regularnych od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.

Ubezpieczający ma prawo do wstrzymania opłacania składek regularnych przed upływem dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem, że wartość dotychczas wpłaconych składek regularnych osiągnęła lub przekroczyła wartość równą co najmniej minimalnej wartości składki jednorazowej ustaloną przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28.

2. Warunkiem wstrzymania opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 5 ust. 8 pkt. 2, warunek doręczenia wniosku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie ma zastosowania.
3. Wstrzymanie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa w § 18.
4. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych ubezpieczający może dokonywać wpłat składek doraźnych, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej aktualnie obowiązująca w zakładzie ubezpieczeń.
5. Ubezpieczający może wznowić opłacanie składek regularnych w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, po wcześniejszym doręczeniu odpowiedniego wniosku do siedziby zakładu ubezpieczeń.
6. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust. 5, następuje z kolejnym terminem płatności składki przypadającym po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku.
7. W przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko i nastąpił zgon ubezpieczającego lub ustanie bytu prawnego podmiotu innego niż osoba fizyczna będącego ubezpieczającym oraz nie nastąpiło przejście praw i obowiązków ubezpieczającego wynikających z umowy ubezpieczenia przez inną osobę w terminie 14 licząc od daty zajścia zdarzenia, to:
 - 1) jeżeli zdarzenie to wystąpiło po okresie 2 lat trwania umowy ubezpieczenia z płatnością składki regularnej – następuje wstrzymanie opłacania składek, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia,
 - 2) jeżeli zdarzenie to wystąpiło w okresie pierwszych 2 lat trwania umowy ubezpieczenia z płatnością składki regularnej, to umowa ulega rozwiązaniu z upływem 14 dniowego terminu, o którym mowa powyżej, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup wartości ubezpieczenia stosownie do postanowień § 25 ust. 2 lit. a),
 - 3) umowa ubezpieczenia trwa nadal w przypadku umowy ze składką jednorazową, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia.
8. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust.7, współubezpieczony lub ubezpieczony, w przypadku braku współubezpieczonego, zobowiązany jest poinformować zakład ubezpieczeń o zajściu ww. zdarzenia oraz wskazać osobę wstępującą w prawa i obowiązki ubezpieczającego niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od daty zajścia zdarzenia. Powyższe informacje składane są na formularzu zakładu ubezpieczeń, do którego osoba wstępująca w prawa i obowiązki ubezpieczającego zobowiązana jest dołączyć dokumenty określone przez zakład ubezpieczeń.

INDEKSACJA

§ 7

1. W każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem postanowień § 8, składka regularna podlega indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Indeksacja składki regularnej, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki regularnej 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna obowiązuje od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego, nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust.1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, wysokość składki regularnej nie ulega zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki regularnej z tytułu umowy, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki regularnej, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń nie

później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki regularnej od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

7. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki regularnej w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń. Zakład ubezpieczeń poinformuje ubezpieczającego na piśmie o rozpatrzeniu złożonego wniosku, o którym mowa powyżej.
8. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6, zawieszeniu ulega indeksacja.

§ 9

1. Niezależnie od indeksacji, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę wysokości składki regularnej na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o obniżenie wysokości składki regularnej, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek regularnych, nie wcześniej niż po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia przy czym wysokość składki regularnej nie może być niższa niż minimalna składka regularna ustalona dla wieku ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń poinformuje ubezpieczającego na piśmie o rozpatrzeniu złożonego wniosku, o którym mowa powyżej.
3. W przypadku zmiany wysokości składki regularnej, o której mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczający.

PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. W każdą co 5 rocznicę polisy zakład ubezpieczeń przyznaje premię ubezpieczeniową w ten sposób, iż powiększa wartość polisy o odpowiedni procent średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia poprzez dodanie do indywidualnego konta inwestycyjnego ubezpieczonego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy, proporcjonalnie do aktualnej wartości zgromadzonych jednostek uczestnictwa każdego Funduszu, z tytułu wpłat składek regularnych.
2. Premia ubezpieczeniowa wynosi :
 - a) po 5 latach - 3% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat,
 - b) po 10 latach - 4% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat,
 - c) po 15 latach i po każdym kolejnym pięcioletnim okresie ubezpieczenia - 5% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat.
3. Średnia wartość polisy, o której mowa w ust. 2, obliczana jest jako średnia arytmetyczna z wartości polisy w każdym pierwszym dniu miesiąca polisowego w okresie 5 lat.
4. Kwota odpowiadająca wartości premii ubezpieczeniowej stosownie do postanowień ust. 2 przeliczana jest na jednostki uczestnictwa według zasad i terminów określonych w § 19, w szczególności cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest zgodnie z zasadami nabycia jednostek uczestnictwa za składkę jednorazową, z tym, że zakup jednostek uczestnictwa dokonywany jest po cenie sprzedaży oraz zamiast daty wpływu składki na rachunek zakładu ubezpieczeń przyjmuje się datę rocznicy polisy.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, 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 dniu zapłaty składki regularnej lub jednorazowej w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach, określonych w § 5 ust. 8 pkt 1),
- 4) zgonu ubezpieczonego, z następnym dniem po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia,
- 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 25 ust. 3 – następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia, z

- zastrzeżeniem § 6 ust.7 pkt) 2,
- 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego,
 - 7) zgonu ubezpieczającego bądź ustania bytu prawnego podmiotu innego niż osoba fizyczna będącego ubezpieczającym, o których mowa w § 6 ust. 2, z następnym dniem po dniu doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń informacji o tym zdarzeniu, o ile nie nastąpi wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego w terminie wskazanym w § 6 ust. 7, z zastrzeżeniem § 6 ust.7 pkt 3).

§ 13

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 przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

§ 14

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki, o ile nie zaistniało zdarzenie objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń. Przy zwrocie składki potrącona zostaje opłata manipulacyjna, której wysokość oraz sposób pobierania określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust.3.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego do zakładu ubezpieczeń, na zasadach określonych w § 25, z zastrzeżeniem iż przy ustalaniu wartości wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki i poniesienia opłaty za ryzyko za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 15

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) zarażeniem się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił w ciągu pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki

- spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu lub za ich namową.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust.1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 25.

FUNDUSZE

§ 16

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą składki regularne lub składka jednorazowa i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek regularnych lub ze składki jednorazowej i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne lub składka jednorazowa i składki doraźne, z zastrzeżeniem § 17.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne lub składkę jednorazową i składki doraźne.

§ 17

1. Składki regularne lub składka jednorazowa oraz składki doraźne w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. Alokacja składki regularnej wynosi: w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia – 75%, w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia – 95%, od trzeciego roku trwania umowy ubezpieczenia – 100%. W przypadku, gdy nie nastąpiło wstrzymanie opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6, alokacja składki regularnej wynosi: po piątym roku trwania umowy ubezpieczenia – 100,5%, po dziesiątym roku trwania umowy ubezpieczenia – 101%, po piętnastym roku i w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia – 102%. W przypadku, gdy nastąpiło wstrzymanie opłacania składek regularnych to:
 - 1) jeżeli wstrzymanie opłacania składki nastąpiło przed upływem drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia – po podjęciu opłacania składki alokacja dokonywana jest w wysokości właściwej dla danego roku umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż w wysokości 100%,
 - 2) jeżeli wstrzymanie opłacania składki nastąpiło po upływie drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia – po podjęciu opłacania składki alokacja składki pozostaje na poziomie ostatnio osiągniętym i obowiązuje na takim poziomie do końca trwania umowy ubezpieczenia.Pozostała część składki, ponad wskazany poziom alokacji, nie jest lokowana w Funduszach. Alokacja składki jednorazowej oraz składki doraźnej wynosi 100% w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia. Zakład ubezpieczeń może uzależnić wysokość alokacji od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez zakład ubezpieczeń – w takim przypadku wysokość alokacji ustalana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w 5 pierwszych funduszy wymienionych w Zasadach Działania Funduszy stanowiących załącznik do OWU.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach.
4. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez zakład ubezpieczeń zgodnie z tabelą opłat o której mowa w § 28 ust. 3.
5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, 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 opłatę zakładu ubezpieczeń, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.

7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
8. Zakład ubezpieczeń określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3.
9. 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 § 28 ust. 3.

AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

§ 18

1. Środki Funduszy lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu wpłat składek regularnych i składek doraźnych oraz przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest w szczególności o kwoty wypłacane w trybie § 21 i § 25, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe oraz należności wynikające z przepisów podatkowych, o których mowa w umowie ubezpieczenia.
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie każdego ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczonego na pierwszy dzień miesiąca polisowego.
7. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
8. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczane są na podstawie: aktualnego wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
9. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określone są w umowie ubezpieczenia.
10. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu.
11. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.
12. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i ust. 11 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 19

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, 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 przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez zakład ubezpieczeń 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 łącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
5. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 7 dni roboczych licząc od daty wpływu składki regularnej,

składki jednorazowej lub składki doraźnej na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak:

- 1) nie wcześniej niż w następnym dniu, kiedy składka regularna jest należna, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
 - 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po zawarciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem wpłacenia składki jednorazowej w pełnej wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
 - 3) nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki doraźnej.
6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 20

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 21 oraz z zastrzeżeniem postanowień § 22 ust. 9.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 24 ust. 4–5.
3. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od powyższego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 21

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub wartości polisy. Ponadto zakład ubezpieczeń wypłaca dodatkową wartość polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 22 ust. 3.
4. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jednak nie więcej niż maksymalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust.3.
5. Świadczenie, o którym mowa w ust.4, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.

§ 22

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń 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.

6. 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.
7. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
8. 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 zostanie odpowiednio skorygowana.
9. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia, wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.

§ 23

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 24 ust. 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 24

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% świadczenia, przyjmuje się, że udziały uprawnionych w świadczeniu są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy 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.
5. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 25

1. W przypadku ubezpieczenia ze składką jednorazową wartość wykupu równa jest sumie wartości polisy i dodatkowej wartości polisy pomniejszonych o opłaty likwidacyjne określone w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3.
2. W przypadku ubezpieczenia ze składką regularną:
 - a) w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, jeżeli łączna wartość wpłat składek regularnych nie osiągnęła co najmniej minimalnej wartości składki jednorazowej ustalonej przez zakład ubezpieczeń, określonej w tabeli opłat, o której mowa w § 28 - wartość wykupu równa jest dodatkowej wartości polisy pomniejszonej o opłatę likwidacyjną. Wysokość opłaty likwidacyjnej określona jest w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3,
 - b) w przypadku, gdy łączna wartość wpłat składek regularnych osiągnęła lub przekroczyła minimalną wartości składki jednorazowej ustaloną przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 lub po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych wymagalnych w okresie, o którym mowa powyżej, wartość wykupu równa jest sumie wartości polisy i dodatkowej wartości polisy pomniejszonych o opłaty likwidacyjne określone w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać całkowitego wykupu ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia w przypadku, gdy łączna wartość wpłat składek

regularnych osiągnęła lub przekroczyła minimalną wartości składki jednorazowej ustaloną przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28, a w przypadku, gdy łączna wartość wpłat składek regularnych nie osiągnęła minimalnej wartości, o której mowa powyżej - po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.

4. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać częściowego wykupu w wysokości nie większej niż dodatkowa wartość polisy i nie częściej niż raz w roku polisowym. Częściowy wykup powoduje odpowiednie zmniejszenie dodatkowej wartości polisy. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3.
5. Przy ustalaniu wartości wykupu i wartości częściowego wykupu zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
6. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 7.
7. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup.
8. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust. 4 i ust. 5, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 28 ust. 3.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony powinien niezwłocznie powiadomić zakład ubezpieczeń najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 27

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
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 zakład ubezpieczeń.
4. Przez dzień złożenia wniosku do zakładu ubezpieczeń (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez zakład ubezpieczeń) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
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 zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 28

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Zasady Działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.
3. Wysokość opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją, oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji, w zakresie nie uregulowanym w niniejszych OWU, określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 29

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń przerywa się przez

zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 30

1. W sprawach nie uregulowanych 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.
3. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 31

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 20 grudnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego/Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego/Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne (zwanymi dalej "OWU").

§ 2

Użyty 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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego lub współubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony lub współubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 3) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez zakład ubezpieczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od wybranego przez ubezpieczającego pakietu ubezpieczenia, o którym mowa w ust.2, przy czym ubezpieczający może wybrać tylko jeden z pakietów.
2. W zależności od wskazania ubezpieczającego we wniosku, dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie tylko jednego z poniższych pakietów:
 - 1) **Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego** obejmującego następujące ryzyka:
 - zgon współubezpieczonego w wyniku wypadku i
 - powstanie inwalidztwa współubezpieczonego w przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko,
 - 2) **Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego** obejmującego następujące ryzyka:
 - zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku i
 - powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w przypadku, gdy ubezpieczonym jest osoba, która ukończyła 18 lat,
3. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zajścia zdarzeń określonych w jednym z Pakietów, o których mowa w ust.2.

§ 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, który ukończył 18 lat, złożonego zakładowi ubezpieczeń wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest:
 - a) w przypadku Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego - na okres do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia,
 - b) w przypadku Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego – na okres do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez dziecko wieku 25 lat, z tym zastrzeżeniem iż istnieje możliwość rezygnacji z Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego w terminie wcześniejszym, stosownie do postanowień ust.4.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej ponownego zawarcia, z zastrzeżeniem ust.4.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w formie Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia lub rezygnacją ubezpieczającego z Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego po ukończeniu

przez dziecko wieku 18 lat, ubezpieczający ma możliwość w ciągu 1 roku licząc od daty rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawrzeć ponownie dodatkową umowę ubezpieczenia w formie Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego.

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 zakład ubezpieczeń potwierdza w formie pisemnej.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń pobiera dodatkową opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe od każdej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość dodatkowej opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia określonej przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego i określana jest w tabeli opłat o której mowa w § 28 OWU .
3. Dodatkowa opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest w terminach i na zasadach określonych dla pobierania opłat za ryzyko ubezpieczeniowe.
4. W przypadku, gdy współubezpieczone są dwie osoby:
 - 1) dodatkowa opłata za ryzyko, o której mowa w ust.2, równa jest sumie dodatkowych opłat za ryzyko w stosunku do każdej z osób współubezpieczonych,
 - 2) dodatkowa suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo w stosunku do każdej z osób współubezpieczonych.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie wynikającym z dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu pobrania pierwszej dodatkowej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5 stosownie do postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 7

Dodatkowa suma ubezpieczenia stanowi sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU, z zastrzeżeniem ust.9.
2. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust.9.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego lub współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń, z zastrzeżeniem, ust. 6,
6. W przypadku, gdy współubezpieczonymi są dwie osoby i zostanie wypłacone świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w stosunku do jednej z tych osób wówczas odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w stosunku do tej osoby wygasa z dniem wskazanym w ust. 5, natomiast w stosunku do drugiego ze współubezpieczonych trwa nadal.

7. Świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w formie Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego wypłacane jest osobie uprawnionej, czyli dziecku, w formie zasilenia rachunku inwestycyjnego składek doraźnych poprzez zakup odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa za kwotę odpowiadającą wysokości świadczenia.
8. Kwota odpowiadająca wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7 przeliczana jest na jednostki uczestnictwa według zasad i terminów określonych w § 19 OWU, w szczególności cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest zgodnie z zasadami nabycia jednostek uczestnictwa za składkę jednorazową, z tym, że zakup jednostek uczestnictwa dokonywany jest po cenie sprzedaży oraz zamiast daty wpływu składki na rachunek zakładu ubezpieczeń przyjmuje się datę zaakceptowania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wypłatę tego świadczenia.
9. W przypadku, gdy przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, iż osoba która występowała jako Współubezpieczony nie jest rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia ale dokonuje zwrotu kwoty w wysokości odpowiadającej nominalnej wysokości pobranej dodatkowej opłaty za ryzyko w stosunku do tej osoby, pobieranych ze składki z tytułu umowy ubezpieczenia. Zwrot następuje poprzez zasilenie rachunku inwestycyjnego składek doraźnych, na zasadach określonych w ust. 7 i 8.

§ 9

1. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu ryzyk określonych w Pakiecie Wypadkowym Współubezpieczonego jest ubezpieczony (dziecko).
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń w ramach Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ubezpieczony
 - 2) z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest uprawniony wymieniony w OWU.

§ 10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 lub współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego lub współubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 20 grudnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Zasady Działania Funduszy

Załącznik do

Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą odpowiednio składka jednorazowa lub składki regularne wpłacane przez ubezpieczającego i odpowiednio doraźne składki.
3. Fundusze tworzone są z odpowiednio jednorazowej składki lub regularnych składek i odpowiednio doraźnych składek opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia lub odpowiednio dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach której prowadzony jest Fundusz.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane odpowiednio jednorazowa składka lub regularne składki i odpowiednio doraźne składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za jednorazową składkę lub regularne składki i odpowiednio doraźne składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU BEZPIECZNEGO

§ 3

1. Celem Funduszu Bezpiecznego 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 Bezpiecznego obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Bezpiecznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu Bezpiecznego 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.
1. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
2. 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.
3. 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 STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu 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 Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 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;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń 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 AKTYWNEGO

§ 5

1. Celem Funduszu Aktywnego 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 Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 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.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń 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 PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. 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 1,5% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU TRZECIOFILAROWEGO ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 7

1. Celem Funduszu Trzecieofilarowego Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Trzecieofilarowego Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Stabilny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego 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. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Trzecieofilarowego Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Funduszu Trzecieofilarowego Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Stabilnego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. 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 DYNAMICZNEGO

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu Dynamicznego 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 Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego
3. Aktywa Funduszu Dynamicznego inwestowane są w 100% w jednostki uczestnictwa BETA Specjalistycznego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty Fundusz 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 Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75 % wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 50% aktywów.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez 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. 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 2,5% w skali roku.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: BEZPIECZNEGO, STABILNEGO WZROSTU I AKTYWNEGO

§ 8

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.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 9

1. Zasady wyceny lokat Funduszy ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi w 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 zakład ubezpieczeń według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 10

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

§ 11

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

§ 12

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 293/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 20 grudnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Inwestycyjnego

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
1. Administracyjna	4 zł + 0,084% wartości polisy	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych za składki regularne lub składkę jednorazową o wartości odpowiadającej kwocie opłaty
2. Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
3. Zmiana podziału procentowego - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych odpowiednio za składki regularne lub składkę jednorazową lub składki doraźne, w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana podziału dotyczy, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu
4. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia jednostek uczestnictwa nabytych za składki regularne -	brak opłaty	
5. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia j.u. nabytych za składkę jednorazową	10% wartości j.u. – w 1 roku trwania umowy ubezpieczenia 5% wartości j.u. – w 2 roku trwania umowy ubezpieczenia brak opłaty – od 3go roku trwania umowy ubezpieczenia	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu.
6. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia jednostek uczestnictwa nabytych za składki doraźne w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia	0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu lub wykupu częściowego
7. Manipulacyjna	25 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie ze zwracanej składki.

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika	
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK		
Regularna składka	150 zł 300 zł 525 zł 900 zł	Miesięcznie Kwartalnie Półrocznie Rocznie
Jednorazowa składka	5 000 zł	Jednorazowo przy zawarciu umowy ubezpieczenia
Doraźna składka	500 zł	Płatna w dowolnym terminie
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł	
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł	

Minimalna kwota wykupu częściowego	500 zł	
Maksymalna kwota świadczenia z tytułu zgonu w wypadku	100 000 zł	

Dodatkowa opłata za ryzyko ubezpieczeniowe
Wysokość opłaty: Pakiet Wypadkowy Ubezpieczonego/Współubezpieczonego

DODATKOWA SUMA UBEZPIECZENIA:		Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy zgodnie z § 18 ust. 5 OWU
25 000 zł	5 zł	
50 000 zł	10 zł	
75 000 zł	15 zł	
100 000 zł	20 zł	

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

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

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 294/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 20 grudnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski