

# INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ

## Ogólne Warunki Ubezpieczenia

### SPIS TREŚCI

I. Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ .....	2
Postanowienia ogólne .....	3
Przedmiot i zakres ubezpieczenia .....	4
Zawarcie umowy ubezpieczenia .....	4
Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa .....	5
Odpowiedzialności ubezpieczyciela .....	6
Rozwiązanie umowy ubezpieczenia .....	6
Suma ubezpieczenia .....	6
Zmiana wysokości gwarantowanej sumy ubezpieczenia .....	7
Składka .....	7
Skutki niepłacenia składki .....	8
Indeksacja .....	8
Zawieszenie opłacania składek regularnych .....	8
Ubezpieczenie bezskładkowe .....	9
Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela .....	9
Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela .....	10
Fundusze .....	11
Aktywa funduszy i opłaty .....	11
Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa .....	12
Premia .....	12
Wykup ubezpieczenia .....	12
Postanowienia końcowe .....	13
II. Zasady działania funduszy .....	16
III. Tabela opłat i limitów .....	22
IV. Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego .....	27
V. Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego .....	31

Informacja do Ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ, zatwierdzonych Uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 7 lutego 2017 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU</b>
1. Przesłanki wypłaty świadczenia i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 3 § 4 – tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa § 6 § 7 § 15 § 24
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 18
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 21 tabela opłat, limitów i funduszy – załącznik nr 2 do OWU
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 24

## INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ

### POSTANOWIENIA OGÓLNE

#### § 1.

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem z ubezpieczającymi.
2. W niniejszych OWU mają zastosowanie następujące definicje:
  - 1) **agent** – agent ubezpieczeniowy w rozumieniu przepisów Ustawy o pośrednictwie ubezpieczeniowym z dnia 22 maja 2003 roku, działający w imieniu i na rzecz ubezpieczyciela;
  - 2) **dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy o dniach wolnych od pracy oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ „WARTA” S.A. Informację o dniach wolnych od pracy ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie;
  - 3) **dotatkowy termin** – dwa miesiące polisowe, liczone od terminu płatności składki regularnej określonego w polisie; nie krótszy jednak niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania o którym mowa w § 11 ust. 1;
  - 4) **fundusz** – wydzielona część aktywów ubezpieczyciela; fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz.U. 2015, poz. 1844);
  - 5) **górnym limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia** – maksymalna gwarantowana suma ubezpieczenia, obliczona przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określona w umowie ubezpieczenia;
  - 6) **gwarantowana suma ubezpieczenia** – kwota ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, z zastrzeżeniem § 9;
  - 7) **indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych;
  - 8) **indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki dodatkowe;
  - 9) **indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki regularne;
  - 10) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
  - 11) **nabycie jednostek uczestnictwa** – przeliczenie środków pieniężnych pochodzących ze składek na jednostki uczestnictwa funduszu;
  - 12) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
  - 13) **rocznica polisy** – rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
  - 14) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
  - 15) **składka dodatkowa** – składka, którą ubezpieczający opłaca w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość składki dodatkowej nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
  - 16) **składka regularna** – składka, którą ubezpieczający opłaca w terminach wskazanych w polisie i w wysokości tam określonej, z zastrzeżeniem iż wysokość składki nie może być niższa niż minimalna kwota składki regularnej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
  - 17) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
  - 18) **tabela opłat, limitów i funduszy** – załącznik nr 2 do OWU zawierający informację o rodzajach, wysokości i trybie pobierania opłat oraz o wskaźnikach i limitach obowiązujących w umowie ubezpieczenia, a także listę funduszy;
  - 19) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, która w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończyła 65 lat, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
  - 20) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
  - 21) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia (OWU), której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; zawarta na własny rachunek albo na rachunek ubezpieczonego, na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę regularną;

- 22) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa zawarta pomiędzy ubezpieczycielem a ubezpieczającym, na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia (OWUD) mających zastosowanie w umowie dodatkowego ubezpieczenia zawieranej jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie OWU:
  - a) umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek choroby śmiertelnej ubezpieczonego,
  - b) umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego;
- 23) **uprawniony** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, jeśli zajdzie zdarzenie przewidziane w umowie ubezpieczenia;
- 24) **wariant** – wskazany w umowie ubezpieczenia wariant A albo B, dla którego strony umowy ubezpieczenia ustaliły wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem zapisów § 8 ust. 2;
- 25) **wartość aktywów netto funduszu** – wartość aktywów funduszu pomniejszona o jego zobowiązania;
- 26) **wartość dodatkowa polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
- 27) **wartość indywidualnego konta inwestycyjnego** – wartość polisy i wartość dodatkowa polisy;
- 28) **wartość polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
- 29) **wartość wykupu całkowitego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rezygnacją ubezpieczającego z umowy ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 24;
- 30) **wartość wykupu częściowego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku ze złożeniem przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu częściowego, na zasadach określonych w § 24;
- 31) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu, za pośrednictwem agenta;
- 32) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy publikowanego przez GUS;
- 33) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej;
- 34) **zasady działania funduszy** – załącznik nr 1 do OWU, określający zasady funkcjonowania i strategię funduszy oferowanych przez ubezpieczyciela.

## PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

### § 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka śmierci ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może rozszerzyć zakres ochrony, o którym mowa w ust. 3 o zakres umów dodatkowego ubezpieczenia.

## ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

### § 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Ubezpieczający we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokonuje wyboru wariantu ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia jest zawierana na podstawie podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz po opłaceniu przez ubezpieczającego pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie umowy ubezpieczenia polisą.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Jeśli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W przypadku nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia, albo odmówić jej zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
9. Ubezpieczyciel ma prawo upoważnić agenta do wystawienia polisy bezpośrednio po złożeniu przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem o którym mowa w § 4 ust. 2.

10. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, jednak nie wcześniej niż od dnia następnego po opłaceniu pierwszej składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia.

## **TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA**

### **§ 4**

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet pierwszej składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% gwarantowanej sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, nie większej jednak niż maksymalna kwota wskazana w tabeli opłat, limitów i funduszy.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
  - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
  - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
  - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
  - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
  - 7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
  - 8) zatrucia lub działania ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
  - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
  - 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień;
  - 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 3 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
  - 1) z upływem 60 dnia jej trwania;
  - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy;
  - 3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - 4) z dniem śmierci ubezpieczonego;
  - 5) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia wymaga uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1) albo 3), ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3, w terminie do 20 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 3 ubezpieczającemu albo spadkobiercy ubezpieczającego.



## **ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 5**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Najpóźniej z dniem określonym w ust. 2 kończy się odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.

## **ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA**

### **§ 6**

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu:
  - 1) 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, od daty zawarcia umowy ubezpieczenia;
  - 2) 60 dni od daty otrzymania po raz pierwszy informacji o której mowa w § 24 ust. 16.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia, bez podania przyczyny przy czym złożenie wypowiedzenia skutkuje dokonaniem wykupu całkowitego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia pisemnie. Ubezpieczający może złożyć ww. oświadczenie poprzez złożenie wniosku o dokonanie wykupu całkowitego ubezpieczenia. Dzień złożenia wniosku o wykup całkowity jest wówczas odpowiednio dniem odstąpienia albo dniem złożenia wypowiedzenia.
4. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 1):
  - 1) ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 24), powiększoną o pobrane opłaty, z zastrzeżeniem pkt 2), bez obciążania opłatą transakcyjną za czynności związane z procesem wykupu;
  - 2) ubezpieczyciel zwraca opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia również opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe objęte tymi umowami, w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
5. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 24) z zastrzeżeniem, że na potrzeby obliczenia wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa z dnia złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

### **§ 7**

1. Umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana, a ochrona ubezpieczeniowa wygasa na skutek:
  - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia właściwego oświadczenia;
  - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia przedmiotowego oświadczenia tj. z dniem złożenia wniosku o wykup całkowity ubezpieczenia lub oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia;
  - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci;
  - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach określonych w § 11 ust. 5 pkt 1) – z upływem dodatkowego terminu; w tym przypadku, ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 24, przy czym za dzień złożenia wniosku o wykup całkowity przyjmuje się dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia;
  - 5) spadku wartości polisy poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 21 ust. 6-9 za dany miesiąc polisowy, jeżeli:
    - a) ubezpieczający skorzystał lub aktualnie korzysta z prawa do zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 13, lub
    - b) ubezpieczający dokonywał wykupów częściowych z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych, lub
    - c) umowa ubezpieczenia przekształcona została w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, lub
    - d) wystąpił on po upływie pierwszych 10 lat polisowych,  
– z ostatnim dniem miesiąca polisowego następującego po miesiącu polisowym, za który opłaty z tytułu umowy ubezpieczenia zostały pobrane w pełnej wysokości.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.

## **SUMA UBEZPIECZENIA**

### **§ 8**

1. Gwarantowana suma ubezpieczenia potwierdzona jest w polisie.
2. Suma ubezpieczenia obliczona jest jako:
  - 1) dla wariantu A – wyższa z wartości: gwarantowana suma ubezpieczenia albo wartość polisy; powiększona o wartość dodatkową polisy;
  - 2) dla wariantu B – suma gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz wartości polisy powiększona o wartość dodatkową polisy.

3. Wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel ustala zgodnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż nie może ona być niższa niż wysokość minimalnej gwarantowanej sumy ubezpieczenia określonej w tabeli opłat, limitów i funduszy oraz ust. 4.
4. Ubezpieczyciel, po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez ubezpieczonego, które mogą mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia ma prawo zaproponować inną wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia niż wskazana we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia powinna być wyższa niż dziesięciokrotność rocznej składki regularnej w każdym z pierwszych 5 lat polisowych.

## **ZMIANA WYSOKOŚCI GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA**

### **§ 9**

1. Po upływie 5 lat polisowych ubezpieczający ma prawo do obniżenia lub podwyższenia gwarantowanej sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, że zmieniona gwarantowana suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
2. Obniżenie lub podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia następuje za zgodą ubezpieczyciela. Zgoda na zmianę wysokości gwarantowanej sumy ubezpieczenia jest potwierdzana przez ubezpieczyciela pisemnie.
3. Ubezpieczyciel może odmówić obniżenia lub podwyższenia gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia nie później niż 45 dni przed najbliższą rocznicą polisy:
  - 1) przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
    - a) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
    - b) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
    - c) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka;
  - 2) pod warunkiem dostarczenia ubezpieczycielowi dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka.
5. Podwyższenie, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), możliwe jest trzy razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia (wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych), za każdym razem maksymalnie o 30%.
6. W przypadku podwyższenia gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4 pkt 2), ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia nie później niż 45 dni przed najbliższą rocznicą polisy.
8. Podwyższenie lub obniżenie gwarantowanej sumy ubezpieczenia możliwe jest jedynie w rocznicę polisy (wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych).
9. W przypadku Wariantu A, gdy ubezpieczający dokona wykupu częściowego z konta inwestycyjnego składek regularnych, po 5. rocznicy polisy, wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia zostanie obniżona o wartość wykupu częściowego, począwszy od miesiąca polisowego następującego po dokonaniu wykupu częściowego. Jeżeli wysokość gwarantowanej sumy ubezpieczenia po odjęciu kwoty wykupu częściowego będzie ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0.

## **SKŁADKA**

### **§ 10**

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składek regularnych w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia na rachunek bankowy dla składek regularnych wskazany przez ubezpieczyciela.
2. Wysokość składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia określona jest w polisie, z zastrzeżeniem ust. 7-8.
3. Składka regularna płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w terminach określonych w polisie.
4. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę regularną najpóźniej następnego dnia po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić, zgodnie ze wskazaną częstotliwością – do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
5. Ubezpieczający ma prawo wpłacać – poza składką regularną – składkę dodatkową na rachunek bankowy dla składek dodatkowych wskazany przez ubezpieczyciela, w dowolnych terminach, w czasie trwania umowy ubezpieczenia.
6. Za dzień wpłaty składki regularnej lub składki dodatkowej uznaje się dzień wpływu składki na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela dla danego rodzaju składki.
7. Po upływie 5 lat polisowych ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie wysokości składki regularnej, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego dotyczący podwyższenia wysokości składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana.
8. Po upływie 3 lat polisowych ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie wysokości składki regularnej do kwoty nie niższej niż określona w tabeli opłat, limitów i funduszy, jeśli nie ma zaległości w opłaceniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego dotyczący obniżenia wysokości składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana.
9. W przypadku gdy zmiana składki wskazana w ust 7-8 spowoduje przekroczenie przez gwarantowaną sumę ubezpieczenia górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia lub jej spadek poniżej minimalnej gwarantowanej sumy ubezpieczenia, ubezpieczyciel ma prawo uzależnić akceptację wniosku ubezpieczającego od zgody ubezpieczającego i ubezpieczonego na odpowiednią zmianę gwarantowanej sumy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6.

10. W przypadku obniżenia wysokości składki regularnej do poziomu niższego niż określony w polisie ubezpieczający traci prawo do otrzymania premii, o której mowa w § 23.
11. Po upływie 3 lat polisowych ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej jeśli nie ma zaległości w opłacaniu składek regularnych. Pisemny wniosek ubezpieczającego dotyczący zmiany częstotliwości opłacania składki regularnej powinien być doręczony ubezpieczycielowi nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej.

## **SKUTKI NIEZAPŁACENIA SKŁADKI**

### **§ 11**

1. Jeśli składka regularna nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w § 10 ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego pisemnie do wpłaty zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 14 dni od wystawienia polisy oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Po otrzymaniu od ubezpieczyciela wezwania do uregulowania zaległych składek regularnych ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o pokrycie składek regularnych z wartości jednostek znajdujących się na indywidualnym koncie składek dodatkowych. Ubezpieczyciel przeniesie jednostki o równoważności kwoty należnych składek regularnych z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych po pobraniu opłaty wstępnej. Przeniesienie jednostek uczestnictwa nastąpi poprzez proporcjonalne odliczenie jednostek uczestnictwa z funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych i zapisanie jednostek tych samych funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w 3. dniu roboczym od daty złożenia wniosku. Jeżeli wartość dodatkowa polisy będzie niższa niż wartość należnej składki regularnej wniosek nie zostanie zrealizowany.
4. Jeżeli wartość dodatkowa polisy wystarcza na pokrycie zaległych składek regularnych, to po upływie dodatkowego terminu ubezpieczyciel przeniesie jednostki o równoważności kwoty zaległych składek regularnych z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych po pobraniu opłaty wstępnej. Przeniesienie jednostek uczestnictwa nastąpi poprzez proporcjonalne odliczenie jednostek uczestnictwa z funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych i zapisanie jednostek tych samych funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych według cen jednostek uczestnictwa obowiązujących w 3. dniu roboczym od ostatniego dnia dodatkowego terminu.
5. Jeżeli wartość dodatkowa polisy nie wystarcza na pokrycie zaległych składek regularnych, a w dodatkowym terminie ubezpieczający nie pokryje całości zaległych składek regularnych, wówczas:
  - 1) gdy data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła przed upływem 5 lat polisowych – umowa ubezpieczenia zostaje rozwiązana z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu;
  - 2) gdy data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła po upływie 5 lat polisowych – umowa ubezpieczenia zostaje przekształcona w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, z upływem ostatniego dnia dodatkowego terminu.

## **INDEKSACJA**

### **§ 12**

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu indeksację: składki regularnej, gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
2. W propozycji indeksacji na kolejny rok polisowy ubezpieczyciel podaje zindeksowaną wartość: składki regularnej, gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia, wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.
3. W przypadku skorzystania z prawa wskazanego w ust. 1 ubezpieczyciel najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji, o której mowa w ust. 2.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację składki jest zobowiązany pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 3, w terminie wskazanym w ust. 4, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na indeksację.
6. Indeksacja nie jest proponowana w przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 13 oraz przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14.
7. Indeksacja nie ma zastosowania w razie przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego oraz w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej ubezpieczonego na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek choroby śmiertelnej ubezpieczonego.

## **ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH**

### **§ 13**

1. Po upływie 3 lat polisowych ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych na okres



maksymalnie 12 miesięcy od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu złożenia stosownego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest: dodatnia wartość polisy, opłacenie przez ubezpieczającego wszystkich zaległych składek regularnych.

2. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych jest możliwe po upływie 2 lat od końca poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
3. W przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych ubezpieczający traci prawo do otrzymania premii, o której mowa w § 23.
4. Wznowienie opłacania składek regularnych przed upływem okresu, na jaki zawieszono ich opłacanie, jest możliwe tylko po wcześniejszym doręczeniu ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
5. Wznowienie opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 4, następuje z kolejnym terminem płatności składki regularnej przypadającym po dniu doręczenia ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
6. W przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje zachowany.
7. Jeżeli po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych ubezpieczający nie opłaci składek regularnych, to zastosowanie mają postanowienia § 11.
8. W okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczający może wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w § 10 ust. 5.
9. Wpłata na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego nastąpiła.

## **UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE**

### **§ 14**

1. Po upływie 5 lat polisowych ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe. Warunkiem przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe jest dodatnia wartość polisy.
2. Ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w pierwszym dniu kolejnego miesiąca polisowego następującego po dniu złożenia wniosku o przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1-2 ubezpieczenie przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 11 ust. 5 pkt 2), w tym przypadku składanie wniosku przez ubezpieczającego nie jest konieczne.
4. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
  - 1) wygasa zobowiązanie do opłacenia wszystkich przyszłych składek regularnych, których termin płatności upływa po dniu przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,
  - 2) ulega zmianie gwarantowana suma ubezpieczenia i jest równa:
    - a) dla wariantu A – wartości polisy aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
    - b) dla wariantu B – minimalnej gwarantowanej sumie ubezpieczenia.
5. W przypadku przekształcenia ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe umowy dodatkowego ubezpieczenia rozwiązują się.
6. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczający ma prawo wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w § 10 ust. 5.
7. Wpłata na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego nastąpiła.

## **USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 15**

1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia, o której mowa w § 8, obowiązującej w dniu śmierci.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, o którym mowa w ust. 1 w przypadkach przewidzianych umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3-11, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
3. Za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, 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, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również spadkobierca ubezpieczonego.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia.
6. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 5 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zdarzeniu.
7. Jeżeli w terminach określonych w ust. 5-6 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą

roszczenie o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca uprawnionemu bezsporną część świadczenia.

8. 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 podstawie prawnej uzasadniającej całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, na potrzeby ustalenia wysokości świadczenia, ustalana jest na zasadach określonych w § 24 ust. 8-11, przy czym, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.
10. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.
11. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego uprawnionego, kwotą należnego świadczenia.
12. W przypadku, gdy wymagane dokumenty, niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w innym języku niż polski, ubezpieczyciel może zażądać aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

#### **§ 16**

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu jego śmierci zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia wniosku.

#### **§ 17**

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, udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony wskazany przez ubezpieczonego, zgodnie z § 16 zmarł przed śmiercią ubezpieczonego lub umyślnie przyczynił się do jego śmierci, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma osoby uprawnionej do świadczenia, to świadczenie przypada członkom rodziny ubezpieczonego według następującej kolejności:
  - 1) małżonek;
  - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brakuje małżonka;
  - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brakuje małżonka i dzieci;
  - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia ustawowego po ubezpieczonym, jeżeli brak osób wymienionych w pkt 3).

### **WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

#### **§ 18**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
  - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
  - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
  - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
  - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Wypłata świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia. Na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 24 ust. 8-12.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3-4 ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu albo spadkobiercom ubezpieczającego równowartość kwoty wykupu całkowitego. Wypłata równowartości kwoty wykupu całkowitego, następuje na wniosek ubezpieczającego albo jego spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku

przez ubezpieczającego albo jego spadkobiercę. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 24 ust. 8-12.

## FUNDUSZE

### § 19

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze, spośród których każdy stanowi wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, w które będą inwestowane zarówno składki regularne jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo, z dokładnością do 1%, przy czym wskazanie dla każdego z funduszy nie może wynosić mniej niż 10%.
3. W ramach umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla ubezpieczonego indywidualne konto inwestycyjne. Jednostki uczestnictwa funduszy są ewidencjonowane odrębnie dla każdego z funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym.

### § 20

1. Każda wpłacona składka regularna i składka dodatkowa jest przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa w funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 2-3.
2. W przypadku braku wskazania funduszy, w które zaalokowana ma być składka regularna i składka dodatkowa albo gdy podział procentowy składki regularnej i składki dodatkowej w całości albo w części obejmuje fundusz, który jest w okresie zawieszenia możliwości dokonywania nabycia jednostek, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, ubezpieczyciel lokuje odpowiednio całą składkę regularną i składkę dodatkową albo jej część w funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie transferować jednostki uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej lub składki dodatkowej w poszczególnych funduszach.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu stosownego wniosku. Wniosek jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych funduszy wybranych przez ubezpieczającego nie jest równa 100%, dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego funduszu, z którego transfer jest dokonywany, odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę transakcyjną za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami, zgodnie z tabelą opłat, limitów i funduszy, jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
7. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmiany podziału procentowego są zlecane oddzielnie dla indywidualnych kont inwestycyjnych składek regularnych oraz składek dodatkowych. Jeśli nie zostanie wskazane indywidualne konto inwestycyjne składek, dla którego ma być zrealizowane zlecenie, dyspozycję uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
8. Nie można dokonywać transferu między indywidualnym kontem inwestycyjnym składek regularnych a indywidualnym kontem inwestycyjnym składek dodatkowych.
9. Dokonując transferu, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty złożenia odpowiedniego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 11-12.
10. Wniosek o transfer jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
11. Jeżeli wniosek o transfer dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości transferowania środków, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy wówczas transferu z tego funduszu lub do tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10. dniu roboczym od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
12. Jeżeli wniosek o transfer został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje częściowego wykupu, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za składki regularne lub składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji (w obrębie tych samych funduszy), to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty zrealizowania dyspozycji złożonych wcześniej przez ubezpieczającego.
13. Za każdą zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata w wysokości określonej w tabeli opłat, limitów i funduszy.

## AKTYWA FUNDUSZY I OPŁATY

### § 21

1. Środki funduszy są lokowane zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wartość aktywów funduszu jest ustalana z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, oraz z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
3. Wartość aktywów funduszu jest powiększana z tytułu wpłat składek regularnych i składek dodatkowych, premii o której mowa w § 23 oraz z przychodów z lokat środków funduszu.
4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 15, § 18 i § 24, opłaty wymienione

- w ust. 6-9 oraz należności wynikające z przepisów podatkowych, a w przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia o opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania funduszami w każdym dniu wyceny.
5. Wysokości oraz tryb pobierania opłat wymienionych w ust. 6-12 są określone w tabeli opłat, limitów i funduszy.
  6. Opłata wstępna pokrywa koszty związane z umową ubezpieczenia, na które składają się koszty wystawienia polisy, dystrybucji oraz wdrożenia, w tym: systemu informatycznego, szkoleń, reklamy i promocji.
  7. Opłata administracyjna pokrywa koszty związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia i administrowaniem indywidualnym kontem inwestycyjnym.
  8. Opłata za zarządzanie funduszami pokrywa koszty zarządzania funduszami.
  9. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego pokrywa koszty ryzyka ponoszonego przez ubezpieczyciela w związku z udzielaną ochroną z tytułu śmierci ubezpieczonego.
  10. Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych.
  11. Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o dokonanie transferu.
  12. Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej.
  13. Zawieszenie opłacania składek regularnych i przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat.

## **WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA**

### **§ 22**

1. Jednostki uczestnictwa są wyceniane na podstawie aktualnej wartości aktywów netto funduszy.
2. Jednostki uczestnictwa są wyceniane w każdym dniu roboczym i dodatkowo w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego (jeżeli nie jest dniem roboczym), z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
3. Cenę jednostki uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów netto funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonano wyceny do dnia, w którym dokonano kolejnej wyceny włącznie.
4. Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny obowiązującej w dniu przypadającym w 3. dniu roboczym od:
  - 1) późniejszej z dat: daty wpływu składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek ubezpieczyciela lub daty wymagalności składki regularnej;
  - 2) daty wpływu składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela;z zastrzeżeniem § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
5. Jednostki uczestnictwa są rejestrowane na indywidualnym koncie inwestycyjnym w terminie 7 dni roboczych od dnia, w którym ustalono cenę nabycia jednostki uczestnictwa.

## **PREMIA**

### **§ 23**

1. Ubezpieczający w każdą rocznicę polisy, począwszy od 11. rocznicy polisy, otrzyma od ubezpieczyciela premię w wysokości 5% składki regularnej należnej w pierwszym roku polisowym, jeśli łącznie spełni następujące warunki:
  - 1) umowa ubezpieczenia nie została rozwiązana przed upływem danego roku polisowego;
  - 2) wysokość składki regularnej wpłacanej przez ubezpieczającego w trakcie trwania ubezpieczenia nie była niższa niż wskazana w polisie;
  - 3) wszystkie składki regularne należne od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia do dnia przyznania premii zostały w całości wpłacone;
  - 4) ubezpieczający nie korzystał z możliwości zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 13;
  - 5) ubezpieczający do dnia przyznania premii nie dokonał wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych;
  - 6) ubezpieczający do dnia przyznania premii nie korzystał z możliwości przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Premia, o której mowa w ust. 1, zostanie naliczona przez ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych od dnia przyznania premii.
3. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu premię zasilając indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych, zgodnie z podziałem procentowym składki dodatkowej, obowiązującym w dniu naliczenia premii. Nabycie jednostek uczestnictwa zostanie zrealizowane według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym od dnia naliczenia premii. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonane będzie w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena nabycia jednostki uczestnictwa.

## **WYKUP UBEZPIECZENIA**

### **§ 24**

1. Ubezpieczający, w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu całkowitego lub wykupu



- częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego, przy czym wykup całkowity w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy ubezpieczenia jest równoznaczny z odstąpieniem od umowy ubezpieczenia.
2. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie ze wskazanego przez ubezpieczającego indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub składek dodatkowych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego przez ubezpieczającego.
  3. W przypadku dokonania wykupu częściowego z konta składek regularnych ubezpieczający traci prawo do otrzymania premii, o której mowa w § 23.
  4. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał indywidualnego konta inwestycyjnego składek, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykup nie jest realizowany.
  5. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał funduszu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na wskazanym indywidualnym koncie inwestycyjnym. W przypadku zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, funduszu, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, których zawieszenie nie dotyczy.
  6. Jeżeli wartość wykupu częściowego w odniesieniu do danego funduszu wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku jest wyższa niż wartość jednostek uczestnictwa danego funduszu to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego funduszu.
  7. Wykup częściowy traktowany jest jako wykup całkowity i skutkuje rozwiązaniem umowy ubezpieczenia, jeżeli polega on na umorzeniu wszystkich jednostek uczestnictwa z ostatniego funduszu, w którym ubezpieczający posiadał jednostki uczestnictwa.
  8. Ustalając wartość wykupu całkowitego i wartość wykupu częściowego, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym od dnia złożenia przez ubezpieczającego wniosku o wykup całkowity lub wniosku o wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 9-10.
  9. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu, o którym mowa w § 20 lub wykupu częściowego, lub nabycia jednostek uczestnictwa za składkę regularną lub składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji w obrębie tych samych funduszy, to przy ustalaniu wartości wykupu całkowitego albo wartości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość polisy lub wartość dodatkową polisy obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, od dnia zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji.
  10. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, wówczas wykupu całkowitego lub wykupu częściowego z tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
  11. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie, gdy ubezpieczyciel zaakceptuje wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy, z zachowaniem terminu, o którym mowa w ust. 8.
  12. Kwotę składającą się na wartość wykupu całkowitego albo wartość wykupu częściowego uwzględniającą opłatę, o której mowa w § 21 ust. 10 oraz należny podatek dochodowy ubezpieczyciel wypłaca w ciągu 20 dni od dnia złożenia wniosku o wykup całkowity lub wykup częściowy.
  13. W przypadku, w którym mowa w ust. 10 ubezpieczyciel wypłaca, w terminie o którym mowa w ust. 12, część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego wynikającą z umorzenia funduszy nie znajdujących się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy. Pozostałą część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego, z zastrzeżeniem ust. 5, ubezpieczyciel wypłaca, bez dodatkowej dyspozycji ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia, w którym przywrócona została możliwość realizacji zleceń danego funduszu.
  14. W przypadku, gdy wartość indywidualnego konta inwestycyjnego jest niższa niż opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu całkowitego przyjmuje się, że opłata jest równa wartości indywidualnego konta inwestycyjnego.
  15. Ubezpieczyciel zwraca opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia również opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe objęte tymi umowami, w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia.
  16. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości wykupu, w tym o wartości jednostek uczestnictwa aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym na zasadach określonych w ustawie o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

## **POSTANOWIENIA KOŃCOWE**

### **§ 25**

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane pisemnie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. 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.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia



- ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wniosku lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
  6. Ubezpieczający, ubezpieczony lub uprawniony z umowy ubezpieczenia może składać do ubezpieczyciela reklamacje, w tym skargi i zażalenia, zawierające zastrzeżenia dotyczące umowy ubezpieczenia.
  7. Reklamacje, w tym skargi i zażalenia, mogą być składane ubezpieczycielowi:
    - 1) w formie pisemnej na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1;
    - 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza [www.warta.pl/reklamacje](http://www.warta.pl/reklamacje);
    - 3) telefonicznie pod nr 502 308 308;
    - 4) w każdej jednostce ubezpieczyciela, na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego o każdej zmianie danych określonych w pkt 1)-4). Zmiana ta nie stanowi zmiany umowy ubezpieczenia.
  8. Ubezpieczyciel rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A. W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko ubezpieczycielowi do sądu, o którym mowa w § 26 ust. 3, a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej [www.warta.pl](http://www.warta.pl).
  9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
  10. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
  11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
  12. Ubezpieczający, ubezpieczony, uprawniony mają prawo do zwrócenia się o pomoc do miejskich i powiatowych rzeczników konsumenta oraz do Rzecznika Finansowego.
  13. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
    - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego ([www.knf.gov.pl/regulacje/Sad\\_Polubowny/index.jsp](http://www.knf.gov.pl/regulacje/Sad_Polubowny/index.jsp));
    - 2) Rzecznik Finansowy ([www.rf.gov.pl](http://www.rf.gov.pl)).
  14. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (Dz.U. 2016, poz. 1888 z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn (Dz.U. 2016, poz. 205 z późn. zm.), w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (Dz.U. 2016, poz. 380 z późn. zm.).
  15. Na potrzeby realizacji obowiązków wynikających z rozdziału 7a ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz.U. 2016, poz. 2032 z późn. zm.), ubezpieczyciel określi kraj rezydencji podatkowej faktycznego odbiorcy środków z tytułu umowy ubezpieczenia w oparciu o dane wynikające z przedstawionego paszportu, urzędowego dokumentu potwierdzającego tożsamość bądź gdy dane te nie są zawarte w wymienionych dokumentach, w oparciu o dane wynikające z innego dokumentu potwierdzającego tożsamość i wskazującego na jego miejsce zamieszkania bądź w oparciu o kraj wydający wymienione wyżej dokumenty. Przyjęcie przez ubezpieczyciela innego kraju rezydencji podatkowej wymaga dostarczenia przez ubezpieczonego oryginału certyfikatu rezydencji, który został wystawiony dla faktycznego odbiorcy środków (podstawa prawna: art. 44e ust. 1 pkt 2 i art. 44c ust. 1 pkt 2 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych).
  16. Użyte w ust. 15 terminy oznaczają:
    - 1) certyfikat rezydencji – zaświadczenie o miejscu zamieszkania podatnika dla celów podatkowych wydane przez właściwy organ administracji podatkowej państwa zamieszkania podatnika, wydane w okresie 3 lat poprzedzających dzień wypłaty środków lub dzień, w którym wypłata środków przysługiwała faktycznemu odbiorcy, a jego okres ważności obejmuje dzień wypłaty środków lub dzień, w którym wypłata odsetek przysługiwała faktycznemu odbiorcy (podstawa prawna: art. 44e ust. 1 pkt 2 w zw. z art. 5a pkt 21 ustawy o podatku od osób fizycznych);
    - 2) faktyczny odbiorca środków – osoba, której ubezpieczyciel wypłaca świadczenie lub zabezpiecza jego wypłatę, chyba że osoba ta udowodni, że działa w imieniu innej osoby fizycznej będącej faktycznym odbiorcą i ujawni tożsamość tej osoby fizycznej ubezpieczycielowi (podstawa prawna: art. 44c ust. 1 pkt 2 ustawy o podatku od osób fizycznych).

## § 26

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.

3. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
4. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
5. Miejszem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ubezpieczyciela jest strona internetowa [www.warta.pl](http://www.warta.pl).

#### § 27

W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

#### § 28

1. Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji dotyczących indywidualnego konta inwestycyjnego i wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek uczestnictwa funduszy.
2. Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek regularnych i składek dodatkowych.

#### § 29

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 7 lutego 2017 roku.



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



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

**Zasady działania funduszy**  
**Załącznik nr 1 do**  
**Ogólnych Warunków Ubezpieczenia**  
**Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym**  
**WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ**

**POSTANOWIENIA OGÓLNE**

**§ 1**

1. Postanowienia niniejszych zasad działania funduszy (zwanymi dalej zasadami) mają zastosowanie w umowie ubezpieczenia Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania funduszy utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych zgodnie z Ogólnymi Warunkami Ubezpieczenia.
3. W zasadach stosuje się postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia. Określenia, które zostały zdefiniowane w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia używane są w zasadach w takim samym znaczeniu.

**OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY**

**§ 2**

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze stanowiące wydzieloną dla każdego z funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Aktywa funduszy są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
3. Działalność lokacyjna w ramach funduszy jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe fundusze oraz zmieniać nazwy istniejących funduszy.
5. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o likwidacji funduszu na co najmniej miesiąc przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu.
6. W okresie jednego miesiąca do daty likwidacji funduszu, ubezpieczający może dokonać bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu do innego funduszu oraz zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany fundusz.
7. Z dniem likwidacji funduszu (w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego) jest dokonywany transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego funduszu do funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej, stosuje się następujące ceny jednostek uczestnictwa:
  - 1) przy umorzeniu jednostek uczestnictwa z funduszu likwidowanego – cenę według wyceny z dnia likwidacji funduszu;
  - 2) przy nabyciu jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu – cenę obowiązującą w tym funduszu nie późniejszą niż obowiązującą w dziesiątym dniu roboczym od daty likwidacji funduszu.
8. Jeżeli nie ma możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez fundusze inwestycyjne, w które lokowane są środki funduszu objętego zleceniem ubezpieczającego, ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
9. Jeżeli z przyczyn niezależnych od ubezpieczyciela nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów danego funduszu, ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
10. Ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych z danego funduszu, jeżeli w okresie dwóch tygodni poprzedzających podjęcie decyzji przez ubezpieczyciela suma wartości umorzonych jednostek uczestnictwa danego funduszu oraz jednostek uczestnictwa, których umorzenia zażądano, stanowi kwotę przekraczającą 20% wartości aktywów danego funduszu.
11. Zlecenia, o których mowa w ust. 8 zostaną zrealizowane po przywróceniu możliwości ich realizacji zgodnie z trybem, w jakim fundusze inwestycyjne (w których są lokowane środki funduszu) będą nabywać oraz umarzać jednostki uczestnictwa.
12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej [www.warta.pl](http://www.warta.pl) o podjęciu decyzji o których mowa w ust. 8-10 oraz zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.

**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. 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.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
5. 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 zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA PAPIERÓW DŁUŻNYCH**

### **§ 4**

1. Celem funduszu WARTA Papierów Dłużnych 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 Papierów Dłużnych obejmuje dłużne papiery wartościowe, w tym częściowo obligacje emitowane przez podmioty zagraniczne, denominowane w walutach obcych, przy czym znacząca część to obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym, a poza tym również jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Papierów Dłużnych 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) papiery wartościowe emitowane przez rządy lub banki centralne krajów innych niż Polska – od 0% do 50%;
  - 3) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 50%;
  - 4) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 70%;
  - 5) listy zastawne – od 0% do 30%;
  - 6) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
  - 7) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
  - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
  - 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
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 zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA OBLIGACJI RYNKÓW WSCHODZĄCYCH**

### **§ 5**

1. Celem funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących obejmuje dłużne papiery wartościowe, głównie denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące, przy czym większość stanowią obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym (np. obligacje jednostek samorządu terytorialnego, listy zastawne), a poza tym również jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, instrumenty pochodne oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych

- z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
    - 1) dłużne papiery wartościowe takie jak obligacje i bony skarbowe, obligacje korporacyjne, obligacje jednostek samorządu terytorialnego czy listy zastawne, w tym denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące – od 0% do 100%;
    - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
    - 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
  4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować
    - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
    - 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
  5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
  6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka kredytowego emitentów oraz ryzyka stopy procentowej. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną oraz geopolityczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU**

### **§ 6**

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. 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, Narodowy Bank Polski, jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 100%;
  - 2) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 50%;
  - 3) listy zastawne – od 0% do 30%;
  - 4) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 30%;
  - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
5. 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.
6. 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.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKCJI POLSKICH**

### **§ 7**

1. Celem funduszu WARTA Akcji Polskich 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 wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Polskich obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, głównie na Gieldzie Papierów Wartościowych w Warszawie (GPW), jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Polskich mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
  - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
  - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje skarbowe, bony skarbowe, depozyty bankowe.



- 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.  
Dopuszcza się przejściowo redukcję zaangażowania w akcje nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie maksymalnemu. W ramach tego zaangażowania fundusz może częściowo inwestować w akcje zagraniczne, jednak większość stanowią akcje notowane na GPW.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
- 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
  - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKCJI ŚWIATOWYCH**

### **§ 8**

1. Celem funduszu WARTA Akcji Światowych 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 wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Światowych obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Światowych mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
  - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
  - 2) instrumenty oparte o rynki surowcowe – od 0% do 20%;
  - 3) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje i bony skarbowe, depozyty bankowe, w tym zagraniczne;
  - 4) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.Dopuszcza się przejściowo redukcję łącznego zaangażowania w akcje i instrumenty oparte o surowce nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie 100%, przy czym w całości lub większości są to rynki zagraniczne.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
  - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
  - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
4. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
5. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN DŁUŻNY AKTYWNY**

### **§ 9**

1. Celem Planu Dłużnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Dłużnego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Modelowa struktura aktywów Planu Dłużnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych;
  - 2) 70% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych;
  - 3) 0% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
4. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 20%.
5. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dłużnego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Dłużnego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 3-4.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN BEZPIECZNY AKTYWNY**

### **§ 10**

1. Celem Planu Bezpiecznego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Bezpiecznego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Modelowa struktura aktywów Planu Bezpiecznego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych;
  - 2) 65% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych;
  - 3) 25% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
4. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki funduszy uczestnictwa pieniężnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 90%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 90%, a zaangażowanie w ramach Planu Bezpiecznego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 10% do 50%.
5. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Bezpiecznego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Bezpiecznego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 3-4.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN AKTYWNEJ ALOKACJI**

### **§ 11**

1. Celem Planu Aktywnej Alokacji jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Aktywnej Alokacji inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Modelowa struktura aktywów Planu Aktywnej Alokacji przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych;
  - 2) 40% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych;
  - 3) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
4. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 100%.
5. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Aktywnej Alokacji, przy czym charakterystyka Planu Aktywnej Alokacji jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 3-4.

## **CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PLAN AKCYJNY AKTYWNY**

### **§ 12**

1. Celem Planu Akcyjnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów planu w wyniku wzrostu wartości lokat planu.
2. Aktywa Planu Akcyjnego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Modelowa struktura aktywów Planu Akcyjnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
  - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych;
  - 2) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych;
  - 3) 90% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki funduszy akcyjnych.
4. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 30%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie od 0% do 30%, a zaangażowanie w ramach Planu Akcyjnego Aktywnego w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie od 70% do 100%.
5. W uzasadnionych przypadkach ubezpieczyciel, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Akcyjnego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Akcyjnego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 3-4.

## **ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY**

### **§ 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, a także jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikatów inwestycyjnych, tytułów uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych oraz funduszy typu ETF.
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.

#### § 14

Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów funduszy oraz limitów zaangażowania w poszczególne klasy aktywów, w dowolnym czasie. Ubezpieczyciel informuje o zmianie modelowej struktury aktywów danego funduszu na co najmniej miesiąc przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego funduszu.

### ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

#### § 15

1. Zasady wyceny lokat funduszy są ustalane zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz z zasad określonych w przepisach o rachunkowości.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości, a jeśli nie będzie to możliwe, według metody zapewniającej najbardziej wiarygodną i rzetelną wycenę wartości poszczególnych składników portfela aktywów.

#### § 16

Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów funduszy a także z ich przechowywaniem, oraz należne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczającego są rozliczane w ciężar aktywów funduszy co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa.

#### § 17


W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

#### § 18

Niniejsze zasady zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 7 lutego 2017 roku.



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



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

**Tabela opłat, limitów i funduszy  
Załącznik nr 2 do  
Ogólnych Warunków Ubezpieczenia  
Indywidualne ubezpieczenie na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ**

1. Opłaty	Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty <sup>1</sup>	Tryb pobierania
Opłata wstępna	<p>w 1. roku polisowym 25%</p> <p>w 2. roku polisowym 20%</p> <p>w 3. roku polisowym 15%</p> <p>składki regularnej należnej w danym roku polisowym</p> <p>1% składki dodatkowej w każdym roku polisowym</p>	<p>Opłata jest pobierana przez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się odpowiednio na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych w dniu przeliczenia składki regularnej lub składki dodatkowej na jednostki uczestnictwa według ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa za wpłaconą składkę regularną i składkę dodatkową.</p> <p>Opłata jest pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca polisowego za który opłata jest należna, z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy miesiąc polisowy zostaną umorzone według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia składki regularnej na jednostki uczestnictwa.</p>	<p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych podlegających wykupowi częściowemu.</p> <p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego podlegających wykupowi całkowitemu.</p> <p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego, opłata jest pobierana w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia w pierwszych 10 latach polisowych.</p>
Opłata administracyjna	<p>15 zł</p>	<p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych</p> <p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych</p>	<p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych podlegających wykupowi częściowemu.</p> <p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego podlegających wykupowi całkowitemu.</p>
Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu:	<p>250 zł nie więcej niż 4% wartości wykupu całkowitego</p> <p>250 zł</p>	<p>w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych</p> <p>w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych</p> <p>w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego w przypadku odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od daty otrzymania pierwszej informacji, o której mowa w § 24 ust. 16 OWU</p> <p>w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego</p>	<p>Opłata jest pobierana przez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego, opłata jest pobierana w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia w pierwszych 10 latach polisowych.</p>

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty <sup>1</sup>	Tryb pobierania
Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami:	transfer wykonany poprzez aplikację elektroniczną transfer wykonany poza aplikacją elektroniczną	brak opłaty 20 zł
Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej:	zmiana procentowa wykonana poprzez aplikację elektroniczną zmiana procentowa wykonana poza aplikacją elektroniczną	brak opłaty 20 zł
Opłata za zarządzanie funduszami:	WARTA Bezpieczny WARTA Papierów Dłużnych WARTA Obligacji Rynków Wschodzących WARTA Stabilnego Wzrostu WARTA Akcji Polskich WARTA Akcji Światowych	Opłata jest pobierana poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych (w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana dotyczy) o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu złożenia odpowiedniego wniosku.  Opłata jest pobierana poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych (w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana dotyczy) o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu złożenia odpowiedniego wniosku.
	1,25% w skali roku 1,50% w skali roku 1,60% w skali roku 2,00% w skali roku 2,95% w skali roku 2,95% w skali roku	Opłata jest pobierana poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych (w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana dotyczy) o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu złożenia odpowiedniego wniosku.

<sup>1</sup> Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015, poz. 1844) wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego indeksacji o publikowany przez GUS wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, o ile wskaźnik ten przekroczy 0,5%.



Tryb pobierania					
Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego			Opłata jest pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca polisowego za który opłata jest należna, z zastrzeżeniem że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy miesiąc polisowy zostaną umorzone według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia składki regularnej na jednostki uczestnictwa. Opłata miesięczna liczona jest jako iloczyn 1/12 wysokości opłaty określonej w tabeli opłat, limitów i funduszy zależnej od aktualnego wieku ubezpieczonego oraz sumy na ryzyku w pierwszym dniu miesiąca polisowego za który opłata jest należna według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w tym dniu.		
Wiek ubezpieczonego	Wysokość opłaty	Wiek ubezpieczonego	Wysokość opłaty	Wiek ubezpieczonego	Wysokość opłaty
18	0,00136	46	0,00538	74	0,05248
19	0,00151	47	0,00590	75	0,05724
20	0,00158	48	0,00648	76	0,06253
21	0,00158	49	0,00708	77	0,06831
22	0,00158	50	0,00773	78	0,07472
23	0,00158	51	0,00841	79	0,08168
24	0,00158	52	0,00912	80	0,08918
25	0,00158	53	0,00987	81	0,09722
26	0,00158	54	0,01067	82	0,10561
27	0,00158	55	0,01151	83	0,11442
28	0,00158	56	0,01239	84	0,12378
29	0,00165	57	0,01336	85	0,13338
30	0,00170	58	0,01441	86	0,14463
31	0,00178	59	0,01555	87	0,15669
32	0,00184	60	0,01680	88	0,16961
33	0,00191	61	0,01819	89	0,18340
34	0,00200	62	0,01970	90	0,19811
35	0,00210	63	0,02136	91	0,21376
36	0,00225	64	0,02318	92	0,23036
37	0,00239	65	0,02519	93	0,24794
38	0,00255	66	0,02739	94	0,26649
39	0,00275	67	0,02977	95	0,28602
40	0,00294	68	0,03232	96	0,30653
41	0,00327	69	0,03503	97	0,32799
42	0,00363	70	0,03791	98	0,35039
43	0,00402	71	0,04101	99	0,37368
44	0,00443	72	0,04443	100	0,39783
45	0,00488	73	0,04822	101	1

Suma na ryzyku oznacza:  
dla wariantu A – różnicę pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień miesiąca polisowego za który opłata jest należna, a wartością indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na ten dzień pomniejszoną o naliczone, ale nie pobrane opłaty; opłatę administracyjną, opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe należne z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia (jeżeli takie umowy zostały zawarte). Jeżeli tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0;

dla wariantu B – gwarantowaną sumę ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień miesiąca polisowego za który opłata jest należna.

## 2. Minimalne wysokości składek:

Rodzaj limitu	Wysokość limitu
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK	
Składka regularna:	
- opłacana z częstotliwością miesięczną	125 zł
- opłacana z częstotliwością kwartalną	375 zł
- opłacana z częstotliwością półroczną	750 zł
- opłacana z częstotliwością roczną	1 500 zł
Składka dodatkowa:	250 zł
Minimalna gwarantowana suma ubezpieczenia:	30 000 zł
Maksymalna kwota świadczenia z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej:	100 000 zł

## 3. Lista funduszy

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o alokacji aktywów zgodnie z § 3-8 zasad działania funduszy

L.p.	Nazwa Funduszu	Profil ryzyka/ ocena ryzyka funduszu	Charakterystyka funduszu
1	WARTA Bezpieczny	2	bezpieczny
2	WARTA Papierów Dłużnych	3	bezpieczny
3	WARTA Obligacji Rynków Wschodzących	3	bezpieczny
4	WARTA Stabilnego Wzrostu	4	zrównoważony
5	WARTA Akcji Polskich	6	dynamiczny
6	WARTA Akcji Światowych	7	dynamiczny

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o alokacji aktywów zgodnie z § 9-12 zasad działania funduszy

L.p.	Nazwa Funduszu	Profil ryzyka/ ocena ryzyka funduszu	Charakterystyka funduszu
1	Plan Dłużny Aktywny	3	bezpieczny
2	Plan Bezpieczny Aktywny	4	zrównoważony
3	Plan Aktywnej Alokacji	4	zrównoważony
4	Plan Akcyjny Aktywny	5	zrównoważony

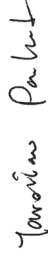
Profile ryzyka poszczególnych funduszy mogą ulegać zmianie. Informacja o zmianie profilu ryzyka funduszy jest aktualizowana na stronie internetowej [www.warta.pl](http://www.warta.pl).

Ubezpieczyciel może tworzyć nowe fundusze i likwidować fundusze zgodnie z § 2 ust. 4-7 zasad działania funduszy stanowiących załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ.

Niniejsza tabela opłat, limitów i funduszy została zatwierdzona uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnż „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 7 lutego 2017 roku.



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



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

Informacja do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego, zatwierdzonych Uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 7 lutego 2017 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD</b>
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3 § 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 § 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	§ 5

## Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego

### DEFINICJE

#### § 1

W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:

- 1) **choroba śmiertelna** – zaawansowana, postępująca, nieuleczalna choroba zdiagnozowana po raz pierwszy u ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, która na podstawie co najmniej dwóch niezależnych opinii wydanych przez lekarzy, potwierdzonych przez lekarza orzecznika ubezpieczyciela, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej doprowadzi do śmierci ubezpieczonego w ciągu sześciu miesięcy. Warunkiem uznania choroby za śmiertelną jest jej znaczne zaawansowanie, uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i kontynuowanie jedynie leczenia objawowego (łagodzącego dolegliwości, przynoszącego ulgę choremu – pod postacią leczenia przeciwbólowego, odbarczającego itp.);
- 2) **dzień zajścia zdarzenia** – data zdiagnozowania po raz pierwszy u ubezpieczonego choroby śmiertelnej;
- 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ;
- 4) **OWUD** – niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia na wypadek choroby śmiertelnej ubezpieczonego;
- 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia na wypadek wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego;

### ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

#### § 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia wyłącznie w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia jest zawierana na 1 rok i przedłuża się na następny roczny okres ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 i 3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji:
  - 1) doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa ta rozwiązuje się z upływem okresu, na jaki była zawarta;
  - 2) nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, umowa ta przedłuża się zgodnie z przesłaną propozycją.
6. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub w przypadku przedłużenia umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 4 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

### PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

#### § 3

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego.

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

#### § 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego choroby śmiertelnej rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 90 dni, licząc od dnia wskazanego w pisemnym potwierdzeniu jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 10 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego choroby śmiertelnej wygasa:
  - 1) z dniem wypłaty świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej;
  - 2) na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat;
  - 3) w przypadku rozpoczęcia realizacji świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego – z dniem rozpoczęcia realizacji świadczenia;
  - 4) z dniem rozwiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia.



3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia.

### **OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE**

#### **§ 5**

1. Z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe równa jest iloczynowi 1/12 rocznego wskaźnika ryzyka wystąpienia choroby śmiertelnej, określonego w umowie ubezpieczenia według wieku ubezpieczonego w pierwszym dniu miesiąca polisowego, za który opłata jest należna oraz:
  - 1) dla Wariantu A: 50% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień miesiąca polisowego za który opłata jest należna, a wartością indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na ten dzień, pomniejszoną o naliczone, ale nie pobrane opłaty: opłatę administracyjną, opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu śmierci ubezpieczonego oraz opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe należne z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia (jeżeli takie umowy zostały zawarte). Jeżeli tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0;
  - 2) dla Wariantu B: 50% gwarantowanej sumy ubezpieczenia z tytułu umowy ubezpieczenia aktualnej na pierwszy dzień miesiąca polisowego za który opłata jest należna.
3. Wskaźnik ryzyka wystąpienia choroby śmiertelnej obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana za każdy miesiąc polisowy, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy w których ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca polisowego za który opłata jest należna, z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy miesiąc polisowy zostaną umorzone według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia składki regularnej na jednostki uczestnictwa.
5. Ubezpieczyciel jest uprawniony do zmiany, w rocznicę polisy, wysokości rocznego wskaźnika ryzyka dla niniejszej umowy dodatkowego ubezpieczenia. Ubezpieczyciel przedstawi ubezpieczającemu zmienioną wysokość rocznego wskaźnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym roku polisowym, w terminie wskazanym w § 2 ust.5.

### **ŚWIADCZENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

#### **§ 6**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego w wysokości:
  - 1) dla wariantu A: 50% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy gwarantowaną sumą ubezpieczenia aktualną na dzień zajścia zdarzenia, a wartością indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na ten dzień. Jeżeli tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0;
  - 2) dla wariantu B: 50% gwarantowanej sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.
2. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie choroby śmiertelnej oraz dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
3. Jeżeli ubezpieczony umrze po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu choroby śmiertelnej, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tego tytułu, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie spadkobiercom ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony umrze po dniu wypłaty świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego choroby śmiertelnej ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia o świadczenie wypłacone ubezpieczonemu z tytułu niniejszej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
5. Wypłata świadczenia, o którym mowa w ust. 1 jest spełnieniem części świadczenia należnego z tytułu śmierci ubezpieczonego, określonego w umowie ubezpieczenia.

### **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

#### **§ 7**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia choroby śmiertelnej u ubezpieczonego nie dotyczy tych chorób śmiertelnych, które zostały zdiagnozowane u ubezpieczonego przed zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - 4) zarażeniem się wirusem HIV;
  - 5) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
  - 6) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami, substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia

tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;

- 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, , wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień;
- 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 11) chorobami śmiertelnymi powstałymi na skutek wypadku.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

### § 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 7 lutego 2017 roku.



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



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

Informacja do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, zatwierdzonych Uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 7 lutego 2017 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD</b>
1. Przesłanki wypłaty świadczenia	§ 3 § 6
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty świadczenia i innych świadczeń lub ich obniżenia.	§ 4 § 7
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego.	§ 5

## Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego

### DEFINICJE

#### § 1

W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:

- 1) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez ubezpieczyciela, wydający orzeczenie w sprawie całkowitego inwalidztwa na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym WARTA TWOJA PRZYSZŁOŚĆ;
- 3) **OWUD** – niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego;
- 4) **trwale całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia; trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy;
- 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego;
- 6) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – wystąpienie trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;

### ZAWARCIE I CZAS TRWANIA UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

#### § 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia
  - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
  - 2) nie wcześniej niż 90 dni i nie później niż 30 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać, z zastrzeżeniem ust. 3-5;pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.
5. Ubezpieczonemu może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
6. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. 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.

### PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA

#### § 3

1. Przedmiotem umowy dodatkowego ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejęcia opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

### ODPOWIEDZIALNOŚĆ UBEZPIECZYCIELA

#### § 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest:
  - 1) wypadek – rozpoczyna się w dniu wskazanym w pisemnym potwierdzeniu jako początek okresu ubezpieczenia;
  - 2) choroba – rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 180 dni, licząc od dnia wskazanego w pisemnym potwierdzeniu jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dacie opłacenia składki, o której mowa w § 10 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejęcia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego wygasa:
  - 1) na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat;
  - 2) z dniem rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia.

## **OPŁATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE**

### **§ 5**

1. Z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe równa jest iloczynowi 1/12 rocznego wskaźnika ryzyka przejścia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, określonego w umowie ubezpieczenia według wieku ubezpieczonego w pierwszym dniu miesiąca polisowego, za który opłata jest należna oraz sumy składek regularnych należnych za dany rok polisowy.
3. Wskaźnik ryzyka przejścia opłacania składki w przypadku trwałego całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest pobierana za każdy miesiąc polisowy, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca polisowego za który opłata jest należna, z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy miesiąc polisowy zostaną umorzone według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia składki regularnej na jednostki uczestnictwa.

## **ŚWIADCZENIE I WYPŁATA ŚWIADCZENIA**

### **§ 6**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na przejęciu opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia, począwszy od pierwszej składki regularnej wymagalnej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o realizację świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku, jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.
2. Ubezpieczyciel realizuje świadczenie, o którym mowa w ust. 1, na podstawie wniosku, doręczonego ubezpieczycielowi, odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez ubezpieczyciela oraz dokumentów wskazanych przez ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia.
3. Składka regularna za okres od dnia złożenia wniosku o realizację świadczenia do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
4. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 2 składka regularna opłacana jest przez ubezpieczyciela do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia. O niezdolności do pracy ubezpieczonego orzeka komisja lekarska ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie trwałego całkowitego inwalidztwa.
6. W przypadku gdy ubezpieczony odmówi poddania się czynnościom, o których mowa w ust. 5, ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczającego do podjęcia opłacania składki regularnej:
  - 1) w wezwaniu ubezpieczyciel poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania składki regularnej przez ubezpieczającego;
  - 2) w przypadku niepodjęcia w terminie wskazanym przez ubezpieczyciela opłacania składek regularnych przez ubezpieczającego mają zastosowanie postanowienia § 11 OWU.
7. W przypadku zaakceptowania wniosku, ubezpieczyciel zwróci składkę zapłaconą przez ubezpieczającego za okres, o którym mowa w ust. 3, w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku.

## **WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA**

### **§ 7**

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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) zarażeniem się wirusem HIV;
- 5) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, , wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;
- 8) przewozem lotniczym ubezpieczonego 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 alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, 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 współudziale lub za ich namową;
  - 11) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień;
  - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

## POSTANOWIENIA KOŃCOWE

### § 8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

### § 9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 3/2017 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 7 lutego 2017 roku.



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



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