

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis treści

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia	3
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	3
5. Składka	4
6. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	4
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
8. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	5
9. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	6
10. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	6
11. Postanowienia końcowe	7
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych	8
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	10
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych	12
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	14
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	17
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgonu Noworodka	20
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne	23
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	26
X. Zasady Działania Funduszy	30
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	
XI. Katalog Poważnych Zachorowań „POLICJANT”	32
XII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „POLICJANT”	34
XIII. Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”	37
XIV. Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”	38
XV. Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”	40

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń, z ubezpieczającymi**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca ubezpieczonych; w przypadku WARIANTU IV i V ubezpieczający to – osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca pracowników lub funkcjonariuszy Policji, których małżonkowie lub dzieci są ubezpieczonymi,
 - 2) **ubezpieczony** – pracownik lub funkcjonariusz Policji, którego życie jest przedmiotem ubezpieczenia; w przypadku WARIANTU IV za ubezpieczonego uważa się małżonka oraz pełnoletnie dziecko pracownika lub funkcjonariusza Policji, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia; w przypadku WARIANTU V za ubezpieczonego uważa się niepełnoletnie dziecko pracownika lub funkcjonariusza Policji, którego życie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **umowa ubezpieczenia indywidualnego** – umowa, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - suma pieniężna, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.
 - 9) **małżonek** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową pozostawała w związku małżeńskim z pracownikiem lub funkcjonariuszem Policji,
 - 10) **dziecko** – dziecko własne lub dziecko przysposobione (w pełni lub częściowo) przez pracownika lub funkcjonariusza Policji.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego, lub życie współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Załączniku nr 1 do OWU odpowiednio do WARIANTU, w zakresie którego zawarta została umowa ubezpieczenia. Umowa ubezpieczenia może być zawarta w ramach WARIANTU I, WARIANTU II, WARIANTU III, WARIANTU IV lub WARIANTU V.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2 o Dodatkowe Ubezpieczenie z Funduszem.
4. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach WARIANTU I, WARIANTU II, WARIANTU III, WARIANTU IV oraz WARIANTU V określają Ogólne Warunki Ubezpieczeń Dodatkowych stanowiące Załączniki do OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
2. Ubezpieczeni zatrudnieni u ubezpieczającego mogą być podzieleni na grupy.
3. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej grupy.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,

- 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego oraz deklaracji uczestnictwa podpisanej przez ubezpieczonego, skierowanych do zakładu ubezpieczeń na formularzach zakładu ubezpieczeń;
 - 1) w zależności od zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, sumy ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonych może być wymagane dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, uznanej przez zakład ubezpieczeń za niezbędną do zawarcia umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 4,
 - 2) dokumenty, o których mowa powyżej powinny być podpisane przez ubezpieczonego,
 - 3) dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 4) postanowienia pkt 1 nie dotyczą zawarcia umowy ubezpieczenia w ramach WARIANTU I, WARIANTU II, WARIANTU III, WARIANTU IV lub WARIANTU V.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w dodatkowym, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń terminie, pod rygorem nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia.
4. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.

SKŁADKA

§5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 15 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 4, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
7. Składka obliczana jest na podstawie między innymi: sumy ubezpieczenia, liczby ubezpieczonych, ich wieku, płci, wykonywanej pracy, stanu zdrowia i trybu życia.
8. Zakład ubezpieczeń zastrzega sobie możliwość zmiany wysokości składki należnej od jednego ubezpieczonego po upływie drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia.
9. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia §10 stosuje się odpowiednio.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie wynikającym z umowy ubezpieczenia w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w §5 ust.3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem danego ubezpieczonego, kończy się:
 - 1) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) w przypadku WARIANTU I, II i III - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 4) w przypadku WARIANTU IV - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie rodzica ubezpieczonego u ubezpieczającego - jeżeli ubezpieczony jest dzieckiem pracownika lub funkcjonariusza Policji lub w którym ustało zatrudnienie małżonka ubezpieczonego u ubezpieczającego - jeżeli ubezpieczony jest małżonkiem pracownika lub funkcjonariusza Policji,

- 5) w przypadku WARIANTU IV - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało małżeństwo ubezpieczonego z pracownikiem lub funkcjonariuszem Policji,
 - 6) w przypadku WARIANTU V - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie rodzica ubezpieczonego u ubezpieczającego.
 - 7) w przypadku WARIANTU V - z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ubezpieczony uzyskał pełnoletność.
5. Z dniem określonym w ust. 4 wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem danego ubezpieczonego i współubezpieczonych wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o Załączniki do niniejszych OWU.
 6. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w §5 ust. 4, zakład ubezpieczeń może zawiesić odpowiedzialność.
 7. O dacie, od której odpowiedzialność ulega zawieszeniu, trybie i okresie zawieszenia odpowiedzialności, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego w piśmie, o którym mowa w §5 ust. 6.
 8. W okresie zawieszenia odpowiedzialności, zakład ubezpieczeń jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia.
 9. W przypadku, gdy przed wystąpieniem ubezpieczonego z umowy ubezpieczenia w ramach WARIANTU I, WARIANTU II, WARIANTU III został przez ubezpieczonego złożony wniosek o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia, dodatkowo przez okres 30 dni zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, przy czym nie dłużej niż do dnia będącego początkiem okresu ubezpieczenia w ramach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) – z upływem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem,
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 6 – z upływem dodatkowego terminu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowych.

§ 8

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 7 dni licząc od daty doręczenia polisy.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
4. Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 3, każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy uważa się za miesiąc pełny.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone na podstawie list osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, o których mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Ubezpieczający do trzeciego dnia miesiąca, za który składka jest należna, dostarcza zakładowi ubezpieczeń listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa i listę osób występujących z ubezpieczenia:
 - 1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia następnego miesiąca,
 - 2) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z upływem danego miesiąca.
4. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) działań wojennych,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
- 4) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 12

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia §13.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w §16 ust. 4 niniejszych OWU.

§ 13

Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wskazanej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.

§ 14

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od daty wyjaśnienia tych okoliczności.
4. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń przed sądem powszechnym.
5. Wszelkie świadczenia zakład ubezpieczeń może pomniejszyć o zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami.
6. Zakład ubezpieczeń może w ciągu trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia lub odmówić wypłaty świadczenia w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, które spowodowałyby większe ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu zakładu ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od 14 dnia po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust.3.

§ 16

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

4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
- 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

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

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 19

1. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia, może być kontynuowana w ramach umowy ubezpieczenia indywidualnego zawartej zgodnie z Załącznikiem nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA.
2. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 1, ma prawo do skorzystania z preferencyjnych zasad zawierania umów ubezpieczenia indywidualnego, pod warunkiem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zostanie złożony w ciągu 6 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego.

§ 20

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 21

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

§ 22

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dziennik Ustaw Nr 59, poz. 344 z późniejszymi zmianami).

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Będarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku lub Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek w trakcie pełnienia obowiązków służbowych** - wypadek, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności należących do obowiązków służbowych ciążyących na nim w związku z zatrudnieniem w Policji, pod warunkiem, że czynności te wykonywane są zgodnie z prawem i zasadami wykonywania obowiązków obowiązującymi ubezpieczonego,
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami Załącznika nr 1 do OWU.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych wygasa na zasadach określonych w OWU.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,

- 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU oraz świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, o którym mowa w ust. 1.
3. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1 jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7

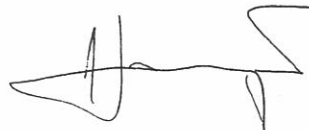
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej OWU).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew; każdy przypadek musi mieć udokumentowane: bóle zamostkowe w wywiadzie, potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału), podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca,
- 2) **udar mózgu** - każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny. Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej (zniszczenie tkanki mózgowej spowodowanej wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym) manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie),
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu wygasa na zasadach określonych w OWU.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty zdarzenia będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest osoba wymieniona w OWU.

§ 7


W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku w Trakcie Pełnienia Obowiązków Służbowych (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek w trakcie pełnienia obowiązków służbowych** - wypadek, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności należących do obowiązków służbowych ciężących na nim w związku z zatrudnieniem w Policji, pod warunkiem, że czynności te wykonywane są zgodnie z prawem i zasadami wykonywania obowiązków obowiązującymi ubezpieczonego,
- 3) **całkowite inwalidztwo** - powstałe, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest trwale niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy i do samodzielnej egzystencji.
- 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski,

samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,

- 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

1. Z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w pkt II Załącznika nr 1 do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
2. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego będący następstwem tego samego wypadku, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§ 8

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w §7, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§ 9

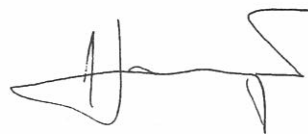
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** - „Katalog poważnych zachorowań POLICJANT” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** - „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań POLICJANT” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 65 lat.

§ 4

Zakres poważnych zachorowań objętych ochroną ubezpieczeniową przewidziany w jednym z niżej wymienionych katalogów:

- 1) katalog poważnych zachorowań,
- 2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań,
- 3) katalog poważnych zachorowań oraz rozszerzony katalog poważnych zachorowań, określony jest odpowiednio do WARIANTU w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia – w Załączniku nr 1 do OWU .

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 30 dni, licząc od dnia zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §5 niniejszych Warunków.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III do okresu 30 dni, o którym mowa w ust.1 zalicza się również bezpośrednio poprzedzający zawarcie umowy ubezpieczenia okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym zakładem ubezpieczeń przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,

- 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
5. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III do okresu 30 dni, o którym mowa w ust.1, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu objęcia go dodatkową umową ubezpieczenia obejmującą swym zakresem wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w ramach umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT” bezpośrednio poprzedzający zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.
6. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III, w okresie 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych objętego bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia umową ubezpieczenia obejmującą swym zakresem wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT” zawartą przez ubezpieczającego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia z niższej sumy ubezpieczenia wynikającej z porównania sumy ubezpieczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a sumą ubezpieczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

§ 7

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 8

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w pkt II Załącznika nr 1 do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT”, stanowiących załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nastąpi zgon ubezpieczonego będący bezpośrednio lub pośrednio następstwem poważnego zachorowania powodującego wypłatę świadczenia, wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 9

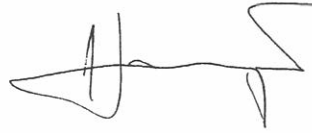
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **wypadek w trakcie pełnienia obowiązków służbowych** - wypadek, który miał miejsce podczas wykonywania przez ubezpieczonego czynności należących do obowiązków służbowych ciążyących na nim w związku z zatrudnieniem w Policji, pod warunkiem, że czynności te wykonywane są zgodnie z prawem i zasadami wykonywania obowiązków obowiązującymi ubezpieczonego,
- 3) **zawał serca** - martwica części mięśnia sercowego spowodowana niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew; każdy przypadek musi mieć udokumentowane: bóle zamostkowe w wywiadzie, potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału), podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca,
- 4) **udar mózgu** - każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny. Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej (zniszczenie tkanki mózgowej spowodowanej wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym) manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie)
- 5) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, lub odpowiednio zawału serca lub udaru mózgu, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 6) **trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego,
 - powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, zgodnie z postanowieniami Załącznika nr 1 do OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W przypadku umów ubezpieczenia zawartych w ramach WARIANTU III, IV lub V zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej wyłącznie w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego będącego następstwem wypadku, ochrona ubezpieczeniową nie są objęte zdarzenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokościach wskazanych w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.
2. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokościach wskazanych w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, niezależnie od świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, o którym mowa w ust. 1, z zastrzeżeniem, iż łącznie świadczenia te nie będą wyższe niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.
3. W razie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem lub odpowiednio zawałem serca lub udarem mózgu ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem lub odpowiednio zawałem serca lub udarem mózgu.
4. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, strony umowy mogą określić:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania jednego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia zakładu ubezpieczeń wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust.1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub
 - 2) ograniczenie procentowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia zakładu ubezpieczeń wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust.1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określony procent.
5. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w pkt II Załącznika nr 1 do Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.

6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego będący następstwem tego samego wypadku, wówczas zakład ubezpieczeń pomniejsza świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
8. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu lub powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
9. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
10. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku lub odpowiednio zawału serca lub udaru mózgu może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem lub odpowiednio zawałem serca lub udarem mózgu a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego – na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku lub odpowiednio zawału serca lub udaru mózgu. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

§ 8

W razie wypadku, zawału serca lub udaru mózgu ubezpieczony jest obowiązany:

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

§ 9

Jeżeli skutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w §8, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgonu Noworodka

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgonu Noworodka, (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **współubezpieczony** – małżonek, rodzic, rodzic małżonka lub dziecko ubezpieczonego,
- 2) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 3) **rodzic ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka,
- 4) **rodzic małżonka ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczym lub macocha małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka; za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł, pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
- 5) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego, dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), lub pasierb (jeżeli nie żyje ojciec lub matka),
- 6) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** - zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 7) **zgon dziecka** – zgon dziecka w wieku powyżej 1 roku.
- 8) **zgon noworodka** – zgon dziecka poczętego lecz nienarodzonego, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 28 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 9) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 10) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 11) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od WARIANTU, w zakresie którego zawarta została umowa ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia udzielana jest w zakresie przynajmniej jednego z poniższych ryzyk:
 - 1) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - 2) zgon rodzica ubezpieczonego,
 - 3) zgon rodzica małżonka ubezpieczonego,
 - 4) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - 5) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,
 - 6) urodzenie się dziecka ubezpieczonego,
 - 7) zgon noworodka,
 - 8) zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 9) zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wobec osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 2 miesięcy od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub daty zatrudnienia – jeżeli w dniu zawierania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie były zatrudnione u ubezpieczającego, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3
3. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust.2, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu objęcia go dodatkową umową ubezpieczenia obejmującą swym zakresem zgon małżonka ubezpieczonego, rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT” bezpośrednio poprzedzający zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust.4.
4. W okresie 6 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego, rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego, w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych objętego bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia umową ubezpieczenia obejmującą swym zakresem zgon małżonka ubezpieczonego, rodzica ubezpieczonego i rodzica małżonka ubezpieczonego w ramach Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „POLICJANT” zawartą przez ubezpieczającego, ograniczona jest do wypłaty świadczenia z niższej sumy ubezpieczenia wynikającej z porównania sumy ubezpieczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a sumą ubezpieczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - 1) w dniu następnym po zgonie ubezpieczonego,
 - 2) w dniu następnym po wystąpieniu ubezpieczonego z ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu noworodka, zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) w dniu następnym po zgonie ubezpieczonego,
 - 2) ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, zgonu małżonka ubezpieczonego oraz zgonu dziecka ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecko ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych.

§ 8

1. Z tytułu zajścia zdarzeń objętych odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń - wymienionych w §3 ust. 2 zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokościach wskazanych w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”, odpowiednio do WARIANTU, w zakresie którego zawarta została umowa ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.3.
2. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka oraz zgon dziecka ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyk wymienionych w §3 ust. 2 pkt 1)-4) i pkt 6)-9) niniejszych Warunków, strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu poszczególnych ryzyk.

§ 9

1. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego jest ubezpieczony.
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego jest dziecko ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu jest ubezpieczony.

§ 10

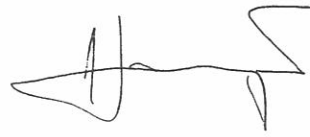
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne (zwane dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" (zwane dalej "OWU").

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami właściwego ministra państwa lub niepaństwa zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 4) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 5) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 6) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 7) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 65 lat.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytym ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust.3 oraz ust.5.
3. W stosunku do osób przystępujących do ubezpieczenia w ciągu 3 miesięcy od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 30 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego ubezpieczonego.
4. Po dwóch latach od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, gdy w ramach tej umowy nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte pobytu w szpitalu spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem.

5. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu objęcia go dodatkową umową ubezpieczenia obejmującą swym zakresem dzienne świadczenie szpitalne w ramach umowy Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem "POLICJANT" bezpośrednio poprzedzający zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz tego ubezpieczonego.

§ 7

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia szpitalnego jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego z tej samej przyczyny co pobyt w szpitalu.

§ 8

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III - dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 2
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III - za każdy dzień, począwszy od 17 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" .
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie, o którym mowa w WARIANCIE IV - dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" za każdy dzień pobytu w szpitalu, począwszy od 4 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 4
4. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE IV - za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% świadczenia, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT".

§ 9

1. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III - dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" odpowiednio do WARIANTU, w ramach którego zawarta została umowa ubezpieczenia, za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 3 dni, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE I, II albo III - za każdy dzień, począwszy od 17 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % świadczenia, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" .
3. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE IV - dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W przypadku gdy umowa ubezpieczenia zawarta jest w zakresie o którym mowa w WARIANCIE IV - za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % świadczenia, o którym mowa w Załączniku nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT".

§ 10

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z użyciem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,

- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru, jeśli działanie to nie było związane z wykonywaniem obowiązków służbowych w związku z zatrudnieniem w Policji,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie, z wyjątkiem uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów w trakcie pełnienia obowiązków służbowych,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 11

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 12

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszym Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** - wydzielona część aktywów zakładu ubezpieczeń;
- 2) **wiek emerytalny** - wiek wskazany w umowie ubezpieczenia,
- 3) **składka inwestycyjna** - składka płatna z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie dotyczącym utworzenia Funduszu,
- 4) **wykup całkowity** - wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 5) **wykup częściowy** - wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 6) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

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

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Fundusze tworzone są ze składek inwestycyjnych, przy czym:
 - 1) regularna składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczającego;
 - 2) dodatkowa składka inwestycyjna – jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczonego.
3. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 2.
4. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne;
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za dodatkowe składki inwestycyjne.

§ 6

1. Środki Funduszy lokowane są – zgodnie z art. 60 – 64 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996r. Nr 11 poz.62 - tekst jedn. z późn. zm.) - w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia bezpieczeństwa i rentowności lokat.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny.
3. Wartość rynkowa lokat środków Funduszu ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
4. Wartość aktywów Funduszu jest powiększana o:
 - 1) kolejne wpłaty składek inwestycyjnych
 - 2) przychody z lokat środków Funduszu,

5. Wartość aktywów Funduszu jest pomniejszana o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie §12 i §13 niniejszych Warunków,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat, o której mowa w §14 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Cena jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa i dokonywana jest nie rzadziej niż raz w tygodniu.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie wartości aktywów Funduszu pomniejszonej o koszty i opłaty, o których mowa w tabeli opłat określonej w §14 niniejszych Warunków, przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny.
4. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego o aktualnej cenie jednostki uczestnictwa i o aktualnej wartości aktywów Funduszu raz na rok, a także na każde żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego nie częściej jednak niż raz na kwartał.

§ 8

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z ubezpieczonych poprzez:
 - 1) dokonywanie wpłat regularnych składek inwestycyjnych przez ubezpieczającego;
 - 2) dokonywanie wpłat dodatkowych składek inwestycyjnych przez ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej dostarcza zakładowi ubezpieczeń imienną listę ubezpieczonych, na rzecz których nabywane są jednostki uczestnictwa wraz ze wskazaniem:
 - 1) kwot regularnych składek inwestycyjnych, na rzecz każdego z ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C”;
 - 2) kwot dodatkowych składek inwestycyjnych, na rzecz poszczególnych ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „D”.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu wpływu środków na rachunek zakładu ubezpieczeń, pod warunkiem zgodności z dostarczonymi dokumentami, o których mowa w ust. 2 i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 9

1. W razie nieopłacenia składki z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w §5 ust. 4 OWU, zakład ubezpieczeń ma prawo pobrać z indywidualnych kont inwestycyjnych „C” kwotę w wysokości należnej składki z tytułu umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa na koncie inwestycyjnym „C” danego ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, zakład ubezpieczeń dokonuje potrącenia z konta „D”.
2. Złożenie oświadczenia, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU:
 - 1) powoduje, z dniem doręczenia powyższego oświadczenia zakładowi ubezpieczeń, obniżenie sumy ubezpieczenia do poziomu minimalnego i odpowiednią zmianę składki, zgodnie z aktualnie obowiązującą taryfą; umowa ubezpieczenia w zakresie ryzyka zgonu przekształca się w umowę zawartą na czas nieokreślony,
 - 2) nie powoduje rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 3) powoduje rozwiązanie wszystkich pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia, z dniem doręczenia powyższego oświadczenia zakładowi ubezpieczeń,
 - 4) składka, o której mowa w pkt 1) opłacana jest na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego ubezpieczonego, kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w §12 ,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego,
 - 3) zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C” i „D” ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, o której mowa w §9 ust.1,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczonemu wypłacana jest wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, oraz jeżeli w umowie nie ustalono inaczej, dodatkowo wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C” w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwot, o których mowa w ust. 3 ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

5. Z dniem określonym w ust.2 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
6. Wypłata, o której mowa w ust.3 następuje w terminie do 30 dni od dnia otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.

§ 11

1. Regularne składki inwestycyjne oraz dodatkowe składki inwestycyjne w częściach wynikających z potrącenia opłat, zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w §14 niniejszych warunków, lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Zrównoważonym. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać zmiany podziału procentowego. Zmiana powyższego podziału może być dokonywana za zgodą zakładu ubezpieczeń oraz dotyczy wszystkich uczestników Funduszu ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia i jest dla wszystkich jednakowa.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
5. Ubezpieczający ma prawo za zgodą zakładu ubezpieczeń dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami.
6. Transfer jednostek uczestnictwa, o którym mowa w ust.5, dokonywany jest na pisemny wniosek określający, jednakowy dla wszystkich uczestników Funduszu, procent środków zaewidencjonowanych na rachunkach podlegających transferowi, przy czym:
 - 1) transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu transferu, w terminie do 30 dni licząc od dnia dostarczenia do zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego odpowiedniego wniosku złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń,
 - 2) transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w §14 niniejszych Warunków, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany,
 - 3) w przypadku wskazania liczby jednostek uczestnictwa podlegających transferowi o wartości powyżej 95% środków znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest w wysokości 100% środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
7. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz opłat związanych z dokonywaniem transferu jednostek uczestnictwa określona jest na podstawie aktualnej tabeli opłat, o której mowa w §14 niniejszych Warunków.

§ 12

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wykup częściowy indywidualnego konta inwestycyjnego „D” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D”. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
3. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” po dokonaniu wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń.
4. Jeżeli w umowie nie ustalono inaczej, ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”.
5. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
6. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 5.
7. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 13

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych w przypadku:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego,
 - 2) zgonu ubezpieczonego.

2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa, ustalaną na podstawie ceny obowiązującej w dniu zajścia danego zdarzenia; cena ta jednak nie może przekroczyć ceny jednostki uczestnictwa z dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.
3. W przypadkach wymienionych w ust. 1 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1 pkt 1, jest ubezpieczony.

§ 14

1. Wysokość opłat związanych z zarządzaniem i administracją Funduszem oraz dokonywaniem wypłat z Funduszu, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie aktualnie obowiązującej tabeli opłat.
2. Zasady Działania Funduszy stanowią Załącznik do OWU.

§ 15

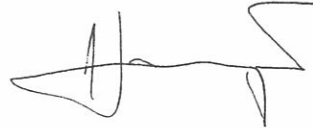
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Zasady Działania Funduszy

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT” (zwanych dalej „OWU”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą regularne składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczającego i dodatkowe składki inwestycyjne wpłacane przez ubezpieczonego.
3. Fundusze tworzone są z regularnych składek inwestycyjnych opłacanych przez ubezpieczającego i dodatkowych składek inwestycyjnych opłacanych przez ubezpieczonego z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane regularne składki inwestycyjne i dodatkowe składki inwestycyjne, z zastrzeżeniem OWU.
5. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne i dodatkowe składki inwestycyjne.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU BEZPIECZNEGO

§ 3

1. Celem Funduszu Bezpiecznego jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości poprzez lokaty w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu Bezpiecznego obejmuje dłużne papiery wartościowe i ze względu na ograniczony poziom ryzyka tych instrumentów możliwość wystąpienia niekorzystnych zmian wartości jednostki uczestnictwa została zminimalizowana.
3. Aktywa Funduszu Bezpiecznego mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 4

1. Celem Funduszu Zrównoważonego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów poprzez lokaty 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 Zrównoważonego obejmuje dłużne papiery wartościowe oraz akcje dopuszczone do publicznego obrotu (do 30% aktywów) i ze względu na różny poziom ryzyka tych instrumentów wartość jednostki uczestnictwa może ulegać ograniczonym zmianom.
3. Aktywa Funduszu Zrównoważonego mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
4. W okresie niekorzystnej koniunktury giełdowej, według oceny zarządzających Funduszem Zrównoważonym, istnieje możliwość obniżenia udziału akcji do 0% wartości aktywów.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU AKTYWNEGO

§ 5

1. Celem Funduszu Aktywnego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów poprzez lokaty w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu (do 80% aktywów) oraz dłużne papiery wartościowe i ze względu na zróżnicowany poziom ryzyka tych instrumentów wartość jednostki uczestnictwa może ulegać zmianom.

3. Aktywa Funduszu Aktywnego mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
4. Struktura portfela lokat ustalana jest w zależności od przewidywanej koniunktury giełdowej, według oceny zarządzających Funduszem Aktywnym.
5. W okresie niekorzystnej koniunktury giełdowej, według oceny zarządzających Funduszem Aktywnym, istnieje możliwość obniżenia udziału akcji do 0% wartości aktywów.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Papierów Dłużnych inwestowane są w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa WARTA Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa WARTA Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Papierów Dłużnych.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU TRZECIOFILAROWEGO ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 7

1. Celem Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego inwestowane są w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego.

ZASADY WYCENY PAPIERÓW WARTOŚCIOWYCH WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 8

1. Wartość środków Funduszy ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez zakład ubezpieczeń według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 9

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

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzytał

Katalog Poważnych Zachorowań „POLICJANT”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór,
- 2) zawał serca lub udar mózgu,
- 3) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (*by-pass*),
- 4) niewydolność nerek,
- 5) przeszczep dużych narządów.

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym stają się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka oraz nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia, a także współistnienie nowotworu z obecnością wirusa HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Każdy przypadek musi mieć udokumentowane:
 - 1) bóle zamostkowe w wywiadzie,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny. Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej (zniszczenie tkanki mózgowej spowodowanej wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym) manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg w krążeniu pozaustrojowym polegającym na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (*by-pass*) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek (niezależnie od przyczyn) wymagające regularnych dializ lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki, allogeniczny przeszczep szpiku kostnego jeżeli ubezpieczony jest biorcą, a przeszczep wykonywany jest w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantologii.

§ 8

Niniejsze Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „POLICJANT”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) paraliż,
- 2) utrata kończyn,
- 3) utrata wzroku,
- 4) głuchota,
- 5) utrata mowy,
- 6) oparzenia,
- 7) łagodny guz mózgu,
- 8) śpiączka,
- 9) choroba Parkinsona
- 10) przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu „B”,
- 11) choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 12) zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 13) zakażenie Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem),
- 14) inwazyjne leczenie choroby wieńcowej

PARALIŻ

§ 2

Za **paraliż** uważa się całkowitą, nieodwracalną utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach wskutek porażenia z powodu choroby lub urazu. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 3

Za **utrata kończyn** uważa się całkowitą fizyczną utratę kończyn wskutek choroby lub wypadku. Utrata dotyczyć musi co najmniej dwóch kończyn:

- a) w zakresie kończyn górnych: na wysokości lub powyżej nadgarstków,
- b) w zakresie kończyn dolnych: powyżej stawów skokowych.

UTRATA WZROKU

§ 4

Za **utrata wzroku** uważa się obuoczną, nie poddającą się korekcji, utratę ostrości wzroku poniżej 5/50 lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20°. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest potwierdzenie utraty wzroku specjalistycznym badaniem okulistycznym oraz statycznym badaniem pola widzenia.

GŁUCHOTA

§ 5

Za **głuchotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego specjalistę wraz z wynikiem badania audiometrycznego.

UTRATA MOWY

§ 6

Za **utrata mowy** uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Za całkowitą utratę zdolności mowy uważa się brak możliwości werbalnego komunikowania się z otoczeniem. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego specjalistę wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 7

Za **oparzenia** uważa się oparzenia wymagające hospitalizacji i obejmujące:

- 1) ponad 70% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz oparzeń II i III stopnia łącznie lub
- 2) ponad 15% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia

Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest przedstawienie dokumentacji medycznej zawierającej szczegółowe określenie stopnia oparzeń i odsetek oparzonej powierzchni ciała

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 8

Za **łagodny guz mózgu** uważa się nie złośliwą zmianę wewnątrzczaszkową wymagającą interwencji chirurgicznej lub powodującą trwały deficyt neurologiczny utrzymujący się przez okres co najmniej 6 miesięcy z wyłączeniem cyst, ziarniaków, malformacji naczyńniowych w mózgu, krwiałków i guzów przysadki mózgowej, rdzenia kręgowego, nerwów słuchowych.

ŚPIĄCZKA

§ 9

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne i z następowym trwałym deficytem neurologicznym, wymagający stałego podłączenia do aparatury podtrzymującej życie tzn. wspomagającej krążenie i oddychanie.

CHOROBA PARKINSONA

§ 10

Choroba Parkinsona – samoistna, powoli postępująca choroba obwodowego układu nerwowego charakteryzująca się czterema głównymi objawami:

- spowolnieniem i zubożeniem ruchów
- sztywnością mięśniową
- drżeniem spoczynkowym
- niestabilnością postawy

Ochroną ubezpieczeniową objęty jest wyłącznie parkinsonizm pierwotny (idiopatyczny).

Parkinsonizm wtórny (spowodowany pobieraniem leków, zatruciem, uszkodzeniem strukturalnym) nie jest objęty ochroną.

Warunkiem uznania świadczenia jest jednoznaczna diagnoza choroby Parkinsona przez specjalistę neurologa, pod warunkiem, że:

- stan ubezpieczonego wskazuje na postępujący charakter choroby,
- ubezpieczony bez pomocy osób trzecich nie jest w stanie wykonać przynajmniej trzech z wymienionych czynności: mycie, ubieranie się, korzystanie z toalety, jedzenie, możliwość przemieszczania się.

PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU B

§ 11

Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B:

1. Rozlana zapalna choroba mięszu wątroby wywołana przez wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) trwająca co najmniej 6 miesięcy.
2. Zakażenie HBV rozpoznaje się na podstawie obecności antygeny Hbs w surowicy krwi i/lub innych dodatnich odczynów serologicznych ze swoistymi antygenami wirusa.
3. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest również:
 - a) utrzymywanie się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
 - b) stwierdzenie klinicznych cech niewydolności wątroby: żółtaczkę, powiększenia wątroby, wodobrzusza, „pajęczków naczyńniowych” na skórze.

Ochroną nie są objęte zapalenia wątroby, gdzie dodatkowym czynnikiem etiologicznym (oprócz wirusa HBV) są: alkohol, toksyny, leki.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 12

Choroba Creutzfeldta – Jakoba – postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV/NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI (W TRAKCIE TRANSFUZJI KRWI)

§ 13

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Warunki niezbędne do uznania zasadności świadczenia:

1. zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
2. instytucja dokonująca transfuzji uzna swoją odpowiedzialność,
3. ubezpieczony nie jest hemofilem.

**ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV / NABYTY ZESPÓŁ NIEDOBORU ODPORNOŚCI
(W ZWIĄZKU Z WYKONYWANYM ZAWODEM)**

§ 14

Zakażenie Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności spowodowane wypadkiem lub skaleczeniem igłą lub innym narzędziem lekarskim, do którego doszło w trakcie wykonywania obowiązków służbowych w zawodzie lekarza, stomatologa, pielęgniarki, służb paramedycznych, policjanta, strażaka. Jakikolwiek zdarzenie mogące potencjalnie prowadzić do zgłoszenia świadczenia (złożenia wniosku o wypłatę świadczenia) musi zaistnieć po zawarciu dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem) i musi zostać zgłoszone do zakładu ubezpieczeń w ciągu siedmiu dni od daty jego zajścia. Do zgłoszenia należy dołączyć wynik testu krwi na obecność HIV pobrany po wystąpieniu zdarzenia i potwierdzający brak przeciwciał HIV. Przeciwciała HIV muszą się pojawić w organizmie ubezpieczonego w ciągu sześciu miesięcy od daty zajścia zdarzenia.

§ 15

W przypadkach, o których mowa w §13 i §14 nie mają zastosowania postanowienia OWU określające wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku zdarzeń powstałych w związku z zarażeniem się wirusem HIV.

INWAZYJNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 16

Za **inwazyjne leczenie choroby wieńcowej** uważa się przeprowadzenie zabiegu koronaroplastyki (przeskórnej angioplastyki wieńcowej), w przebiegu niewydolności naczyń wieńcowych z powodu ich zwężenia lub zamknięcia, polegającego na wprowadzeniu cewnika do naczyń wieńcowych i próbie przywrócenia ich drożności

§ 17

Niniejsze Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

**Załącznik nr 1 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”**

**ZAKRES UBEZPIECZENIA W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH
ORAZ WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ**

Zakres ubezpieczenia	Wariant I	Wariant II	Wariant III	Wariant IV	Wariant V
Wysokości świadczeń - % sumy ubezpieczenia					
I. Ryzyko podstawowe					
1) Zgon ubezpieczonego	500%	500%	100%	100%	100%
II. Ryzyka chorobowe i wypadkowe					
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku	600%	600%	200%	100%	–
3) Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	600%	600%	–	–	–
4) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych	400%	400%	–	–	–
5) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu	4% za 1 % uszczerbku* zaś 5% za 1% uszczerbku powyżej 39% uszczerbku	4% za 1 % uszczerbku* zaś 5% za 1% uszczerbku powyżej 39% uszczerbku	1% za 1% uszczerbku, zaś 2% za 1% uszczerbku powyżej 39% uszczerbku	0,5% za 1% uszczerbku	0,5% za 1% uszczerbku
6) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych	dotatkowo 1% za 1 % uszczerbku*	dotatkowo 1% za 1 % uszczerbku*	–	–	–
7) Całkowite Inwalidztwo ubezpieczonego w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych	1500%				
8) Wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania					–
Katalog poważnych zachorowań WARTY VITA	50%	50%	50%	30%	–
Rozszerzony katalog poważnych zachorowań WARTY VITA	50%	50%	50%	30%	–
III. Ryzyka związane z rodziną ubezpieczonego					
9) Zgon małżonka ubezpieczonego	100%	100%	–	–	–
10) Zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku	200%	–	–	–	–
11) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	40% dla każdego dziecka	–	–	–	–
12) Zgon noworodka	30%	–	–	–	–
13) Zgon dziecka ubezpieczonego	30%	–	–	–	–
14) Zgon rodzica ubezpieczonego	25%	25%	–	–	–
15) Zgon rodzica małżonka ubezpieczonego	25%	25%	–	–	–
16) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	15%	–	–	–	–
IV. Ryzyka związane z pobytem w szpitalu					
17) Dienne Świadczenie Szpitalne:					
pobyt w szpitalu spowodowany chorobą	1%, nie więcej niż 100 zł	1%, nie więcej niż 100 zł	0,5 %, nie więcej niż 200 zł	0,25%, nie więcej niż 50 zł	–
pobyt w szpitalu spowodowany wypadkiem	2%, nie więcej niż 200 zł	2%, nie więcej niż 200 zł	1%, nie więcej niż 400 zł	0,5%, nie więcej niż 100 zł	–

- * Świadczenie wypłacane jest w % sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego:
- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu, trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku w trakcie pełnienia obowiązków służbowych łącznie nie może być wyższe niż 600,00 PLN za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

Załącznik nr 2 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT"

INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA

§ 1

Postanowienia niniejszego załącznika mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" (OWU) przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA VITA" Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z osobami występującymi z ubezpieczenia, zwanymi dalej **ubezpieczonymi**.

§ 2

1. W przypadku gdy ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie, o którym mowa w WARIANCIE I lub WARIANCIE II, określonych w Załączniku nr 1 do OWU, może wystąpić z wnioskiem o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia:
 - 1) na warunkach określonych odpowiednio dla WARIANTU I lub WARIANTU II określonego w Załączniku nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA, jeżeli kontynuowanie ma dotyczyć okresu:
 - a) odbywania służby wojskowej,
 - b) przebywania na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - c) przebywania na urlopie bezpłatnym,
 - 2) na warunkach określonych odpowiednio dla WARIANTU I lub WARIANTU II określonego w Załączniku nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA pod warunkiem, że składka za danego ubezpieczonego była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio przed ustaniem zatrudnienia,
 - 3) na warunkach określonych odpowiednio dla WARIANTU I lub WARIANTU II określonego w Załączniku nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA, bez względu na okres, za który została opłaconą składka za danego ubezpieczonego - jeżeli ubezpieczony był pracownikiem lub funkcjonariuszem Policji zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 2 miesięcy od tej daty, a zatrudnienie ustało wskutek przejścia ubezpieczonego na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, po zawarciu umowy ubezpieczenia,
 - 4) na warunkach określonych odpowiednio dla WARIANTU I lub WARIANTU II określonego w Załączniku nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA, bez względu na okres opłacania składek, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia została rozwiązana z powodu podziału, połączenia lub likwidacji zakładu pracy.
2. Z wnioskiem o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na warunkach, o których mowa w ust. 1 pkt 2, może również wystąpić wdowa/wdowiec po ubezpieczonym, który pracując u ubezpieczającego był objęty ochroną ubezpieczeniową nieprzerwanie przez okres przynajmniej 6 miesięcy.
3. Osoby, o których mowa w ust.1 i ust.2, mogą występować z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, za który ubezpieczający opłacił ostatnią składkę za danego ubezpieczonego.
4. Wniosek o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia powinien być złożony przed upływem 6 miesięcy od daty, o której mowa w ust. 3.
5. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 4, wnioskodawca traci prawo do indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

§ 3

1. Umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Zakład ubezpieczeń, potwierdzając zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, doręcza ubezpieczonemu indywidualnie kontynuującemu ubezpieczenie polisę oraz informacje dotyczące trybu opłacania składek w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.
3. Umowa indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.

§ 4

1. W przypadku indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia suma ubezpieczenia pozostaje bez zmian w stosunku do wysokości obowiązującej przed indywidualną kontynuacją ubezpieczenia.
2. Składka miesięczna w ramach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w WARIANCIE I Załącznika nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA, wynosi 5,00 zł dla 1 000 zł sumy ubezpieczenia.

3. Składka miesięczna w ramach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w WARIANCIE II Załącznika nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem "POLICJANT" INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA, wynosi 4,20 zł dla 1 000 zł sumy ubezpieczenia.
4. Z tytułu zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
5. Ubezpieczony zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie 14 dni, licząc od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.

§ 5

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie, nie wcześniej niż w dniu spełnienia następujących warunków:

- 1) wygaśnięcia odpowiedzialności w odniesieniu do ubezpieczonego, w związku z którym następuje zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU,
- 2) zapłacenia składki z tytułu umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia.

§ 6

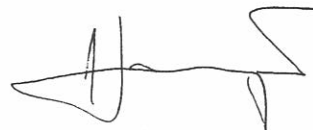
W sprawach nieuregulowanych niniejszym załącznikiem mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2002 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 29 marca 2002 roku i wprowadzone w życie z dniem 29 marca 2002 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Załącznik nr 3 do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia
Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”

INDYWIDUALNE KONTYNUOWANIE UBEZPIECZENIA

ZAKRES UBEZPIECZENIA W POSZCZEGÓLNYCH WARIANTACH
ORAZ WYSOKOŚCI ŚWIADCZEŃ

Zakres ubezpieczenia	<i>W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia, którą dotychczas objęty był ubezpieczony zawarta była w ramach <u>Wariantu I</u></i>	<i>W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia, którą dotychczas objęty był ubezpieczony zawarta była w ramach <u>Wariantu II</u></i>
	Wysokości świadczeń - % sumy ubezpieczenia	
I. Ryzyko podstawowe		
1) Zgon ubezpieczonego	100%	100%
II. Ryzyka chorobowe i wypadkowe		
2) Zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku	200%	200%
3) Zgon ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu*	200%	200%
4) Powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	4% za 1 % uszczerbku**	4% za 1 % uszczerbku**
III. Ryzyka związane z rodziną ubezpieczonego***		
5) Zgon małżonka ubezpieczonego	100%	100%
6) Osierocenie dziecka przez ubezpieczonego	40%	–
7) Zgon noworodka	20%	–
8) Zgon dziecka ubezpieczonego	30%	–
9) Zgon rodzica ubezpieczonego	20%	20%
10) Zgon rodzica małżonka ubezpieczonego	20%	20%
11) Urodzenie się dziecka ubezpieczonemu	10%	–

* Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

** Świadczenie wypłacane jest w % sumy ubezpieczenia za każdy 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego:

- świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższe niż 600,00 PLN za 1% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

*** Do ryzyk rodzinnych mają zastosowanie ograniczenia wynikające z Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „POLICJANT”.