

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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 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. 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 rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, 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 tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego 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.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 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,

- 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub w wysokości wyższej wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń, przy czym:
 - 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 ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. 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.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „XXI - GRUPA”, 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.
4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, 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.
5. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem 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. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

§ 8

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.

§ 9

Jeżeli wskutek 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

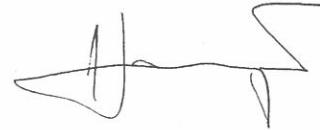
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 29/2003 Zarządu „WARTY VITA” S. A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 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 „XXI – GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych Warunkach określeniom 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 objętego dodatkową umową ubezpieczenia 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 lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 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 od 1 roku do dnia ukończenia 25 roku życia,
- 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) **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. W zależności od treści wniosku ubezpieczającego dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana 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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, 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 tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wobec osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub daty zatrudnienia, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do 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 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,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) 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,
 - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 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) osiągnięcia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu noworodka, 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.

§ 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu rodzica lub rodzica małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.

4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu noworodka polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust.1, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust.3, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
9. 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.
10. 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 30/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia – Dienne 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 "XXI - GRUPA" (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 Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy 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) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiającą ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 9) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia objętego dodatkową umową ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim.

§ 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 zależności od treści wniosku ubezpieczającego dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie przynajmniej jednego z poniższych ryzyk:
 - 1)ienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego,
 - 2)ienne świadczenie szpitalne małżonka ubezpieczonego.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia i małżonków ubezpieczonych, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.
6. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia nie więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zostanie objętych 100% spośród wszystkich osób ubezpieczonych w ramach wszystkich umów ubezpieczenia zawartych przez zakład ubezpieczeń z ubezpieczającym na podstawie OWU. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta na zasadach określonych przez zakład ubezpieczeń.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania 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, małżonka ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, 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 tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego lub odpowiednio małżonka ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż "WARTA VITA" S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż "WARTA VITA" S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTA VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
4. W okresie 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż "WARTA VITA" S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 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.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.

§ 10

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 ust. 3; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,25% lub 0,5% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.
2. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek jest dwukrotnością stawki dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.
3. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM, wynosi 1,25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń.

§ 12

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dzielnego 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 oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciężką, porodem, połogiem, poronieniem samoistnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami połogu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego, małżonka 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 usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) uprawianiem przez ubezpieczonego, małżonka 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,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego, małżonka 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, małżonka ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytym ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego 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).

§ 14

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosować.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 31/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji 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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **operacja** - zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** - zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy 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 niniejszego załącznika nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** - „Katalog operacji WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **kwota bazowa** - kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** - okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień 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 60 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 po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
3. 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 operacje ubezpieczonego 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.

§ 7

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciężką porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
 - 7) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z uświłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, uświłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) 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,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyty w szpitalu i zostanie poddany operacji.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa może być wyrażona jako wielokrotność 500,00 zł i nie może przekraczać górnego limitu wynoszącego 7 000,00 zł.
4. Kwota bazowa jest określona w umowie ubezpieczenia i stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 - 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 - 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 - 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 - 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 - 100% kwoty bazowej.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).

7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje co najmniej jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz ryzyko na wypadek operacji i jeżeli zdarzenia te zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
8. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
9. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
10. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności, operacji wymienionej w katalogu operacji.

§ 9

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie powiadomienia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 10

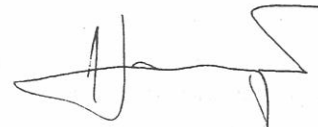
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 32/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



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



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

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 „XXI – GRUPA” (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, w tym samym terminie 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 świadczeń i wykupów wypłaconych przez zakład ubezpieczeń w trybie przewidzianym w niniejszych Warunkach,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat, o której mowa w §16 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 §16 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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w §5 ust.3 OWU, 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 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 §13 niniejszych Warunków,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem postanowień § 15 niniejszych Warunków,
 - 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 niniejszych Warunków,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Regularne składki inwestycyjne oraz dodatkowe składki inwestycyjne w częściach wynikających z potrąceniu opłat, zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 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 § 16 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 § 16 niniejszych Warunków.

§ 12

1. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) i nie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego lub nie zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego:
 - 1) jeżeli wystąpienie nastąpiło przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają wartość indywidualnych kont „C” pozostałych ubezpieczonych według zasad określonych w ust. 4;
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji w dniu, w którym dokonany został transfer, o którym mowa w pkt b),
 - 2) jeżeli wystąpienie nastąpiło po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego na podstawie wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia i złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego wartość środków ewidencjonowanych w ramach ubezpieczenia indywidualnego, z tym, że ich wypłata może nastąpić najwcześniej po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji.
3. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia przed upływem 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, a następnie przystąpienia do tego ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy licząc od daty wystąpienia, środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego zostają w dniu ponownego przystąpienia do ubezpieczenia przetransferowane na indywidualne konto „C” tego ubezpieczonego, utworzone przez zakład ubezpieczeń w związku z ponownym przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia. W powyższym przypadku pięcioletni okres, o którym mowa w postanowieniach niniejszego paragrafu, liczony jest od dnia, w którym pierwszy raz na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) b) środki zgromadzone na indywidualnych kontach „C” ubezpieczonych, którzy wystąpili z ubezpieczenia, zostaną przetransferowane na specjalne konto inwestycyjne prowadzone w ramach tego samego Funduszu – osobno dla każdego ubezpieczającego. Zgromadzone w ten sposób środki będą systematycznie powiększały wartość indywidualnych kont „C” pozostałych ubezpieczonych poprzez transfer jednostek ze specjalnego konta. Transfer ten będzie następował raz w roku, pod warunkiem zgromadzenia kwoty pozwalającej na proporcjonalne powiększenie wartości indywidualnych kont „C” o kwotę odpowiadającą co najmniej minimalnej wysokości regularnej składki inwestycyjnej.
 5. Ubezpieczony może dokonać wykupu częściowego lub całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C” nie wcześniej niż po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek ubezpieczonego.
 6. Uprawnionym do świadczeń z umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.
 7. W okresie pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia wyłącza się:
 - 1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypłatę z tytułu dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia,
 - 3) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia.
 8. W przypadku dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia, indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego nie ulega likwidacji - wartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C” ubezpieczonego podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity, do którego mają zastosowanie postanowienia §13 ust. 6 Warunków. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia po dożyciu wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia, postanowienia ust. 1 pkt. 1) nie mają zastosowania.
- Postanowienia ust. 1 – 8 mają zastosowanie w przypadku gdy ubezpieczający złożył wniosek o włączenie ich do umowy ubezpieczenia.

§ 13

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie.
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. Ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”, z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może wskazywać okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” oraz z uwzględnieniem postanowień § 12 niniejszych Warunków.
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. W przypadku, gdy w dodatkowej umowie ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia §12 niniejszych Warunków lub też umowa ubezpieczenia wskazuje okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C”, wniosek o częściowy lub całkowity wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C” jest ważny pod warunkiem, że został doręczony zakładowi ubezpieczeń po upływie terminu, po którym możliwy jest wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C”. Wniosek doręczony przed powyższym terminem jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wykupu.
7. 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.
8. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 14

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, z zastrzeżeniem § 15 niniejszych Warunków,
 - 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. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wystąpieniem wszystkich ubezpieczonych z ubezpieczenia. W takim przypadku zakład ubezpieczeń dokonuje wypłaty kwoty wykupu ubezpieczenia na rzecz poszczególnych ubezpieczonych na następujących zasadach:

- 1) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „D” danego ubezpieczonego - w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego;
- 2) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „C” danego ubezpieczonego:
 - a) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie wcześniej niż wskazany w umowie ubezpieczenia okres, po którym można dokonać wykupu,
 - b) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków, lub nie został wskazany okres, po którym można dokonać wykupu.
4. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu wykupu ubezpieczenia dokonywanego na zasadach określonych w ust. 3, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup.
5. W związku z rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie dokonuje zwrotu składek, wpłaconych z tytułu tego ryzyka, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
6. Z dniem wypłaty określonym w ust. 3 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
7. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się:
 - a) na indywidualnym koncie „D” ubezpieczonego oraz
 - b) na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego – jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami § 12 niniejszych Warunków,
 na podstawie wniosku o wykup całkowity, do którego ma zastosowanie § 13 niniejszych Warunków.

§ 15

1. W odniesieniu do ubezpieczonych, za których zakład ubezpieczeń otrzymał od ubezpieczającego kolejną składkę inwestycyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pomimo zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 10 ust. 2 pkt 2) niniejszych Warunków, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego trwa nadal do dnia upływu kolejnych pięciu lat licząc od dnia dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego oraz indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego nie ulegają likwidacji z dniem dożycia wieku emerytalnego.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaca ubezpieczonym, o których mowa w ust. 1, świadczenia z tytułu dożycia wieku emerytalnego, w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych, o którym mowa w § 14 ust. 1 pkt 1) niniejszych Warunków. Wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity doręczonego do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń, do którego mają zastosowanie postanowienia § 13 Warunków.
3. Z dniem dokonania wykupu całkowitego, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego względem danego ubezpieczonego kończy się.
4. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do zwrotu składek inwestycyjnych wpłaconych na rzecz danego ubezpieczonego po dacie dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3.
5. Z dniem dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3, indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 16

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.

§ 17

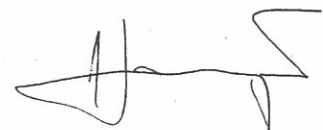
W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 18

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 33/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „XXI-GRUPA”

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „XXI-GRUPA” (zwanymi 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

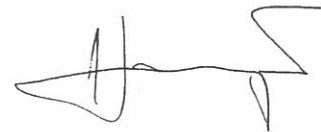
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 419/2001 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 grudnia 2001 roku i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2001 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepojętym 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:
 - a) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - b) nowotwory skóry, w tym czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania IA (tj. o grubości nacieku równej lub mniejszej 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 r.,
 - c) wczesne stadium raka prostaty T1 według klasyfikacji TNM,
 - d) dysplazja szyjki macicy CIN 1 - 3
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji 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) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 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 potwierdzone badaniem CT lub MRI manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym (potwierdzonym obiektywnie w badaniu lekarskim). Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA).

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 przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie miąższu 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, jeżeli ubezpieczony jest biorcą, a przeszczep wykonywany jest w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji Instytutu Transplantologii.

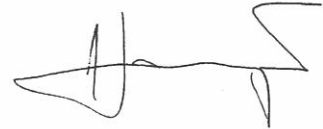
§ 8

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 66/2003 Zarządu „WARTA VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.

Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.

Agenor Jan Gawrzyał

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) paraliż,
- 2) utrata kończyn,
- 3) ślepotą,
- 4) głuchota,
- 5) utrata mowy,
- 6) oparzenia,
- 7) łagodny guz mózgu,
- 8) śpiączka.

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 **utratę 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.

ŚLEPOTA

§ 4

Za **ślepotę** uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez odpowiedniego specjalistę.

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 **utratę 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 uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 8

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

ŚPIĄCZKA

§ 9

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności (trwający, co najmniej 96 godzin) 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. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

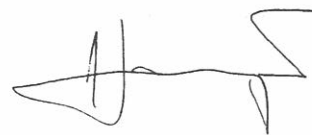
§ 10

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 67/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



Wiceprezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.

Paweł Bednarek



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.

Agenor Jan Gawrzył

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Ubezpieczonego

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny guz mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby.

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany 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:
 - a) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - b) nowotwory skóry, w tym czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania 1A (tj. o grubości nacieku równej lub mniejszej 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 r.,
 - c) wczesne stadium raka prostaty T1 według klasyfikacji TNM,
 - d) dysplazja szyjki macicy CIN 1 - 3
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

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

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 4

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 naczyń w mózgu, krwinków i guzów przysadki mózgowej, rdzenia kręgowego, nerwów słuchowych.

ŚPIĄCZKA

§ 5

Za **śpiączkę** uważa się stan nieprzytomności (trwający, co najmniej 96 godzin) 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. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za **dystrofię mięśniową** uważa się postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za **cukrzycę** uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę endokrynologa.

PRZEWLEKŁA NIWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 9

Za **przewlekłą niewydolność wątroby** uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:

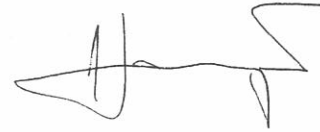
- utrzymywaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatii.

§ 10

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 35/2003 Zarządu „WARTA VITA” S.A. z dnia 6 lutego 2003 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 marca 2003 roku.



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



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

KATALOG OPERACJI WARTY VITA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) resekcja żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (4)
 - całkowita resekcja żołądka (5)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 9b)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (3)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (3)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - wewnątrznosowa operacja zatok (3)
 - zewnątrznosowa operacja zatok (4)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (2)

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki, dróg moczowych (4)
- b) operacje prostaty (3)
- c) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - macicy (4)
- d) operacje męskich narządów płciowych (2)

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
- b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył, żylaki odbytu (2)

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
- b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
- c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych - PTCA (2)

11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)

12. OPERACJE TARCZYCY (4)

13. PRZESZCZEPY

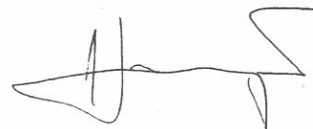
- a) przeszczep serca (5)
- b) przeszczep wątroby (5)
- c) przeszczep nerki (5)
- d) przeszczep innych narządów (4)

* w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 28/2000 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 28 stycznia 2000 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 lutego 2000 roku.



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



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