

INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM DIAMENTOWA PRZYSZŁOŚĆ

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”	
Ogólne Warunki Ubezpieczenia	3
1. Definicje	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	5
3. Suma ubezpieczenia	5
4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia	6
5. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	7
6. Czas trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela	8
7. Składka	8
8. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia	10
9. Odstąpienie i wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia	10
10. Ubezpieczenie bezskładkowe	11
11. Ustalenie i wypłata Świadczeń Ubezpieczyciela	12
12. Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela	13
13. Fundusze i Plany	14
14. Aktywa Funduszy i Planów, opłaty Ubezpieczyciela	15
15. Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa	18
16. Brak gwarancji wartości	18
17. Wykup ubezpieczenia	19
18. Premia	20
19. Zawieszenie opłacania Składek regularnych	21
20. Zmiana wysokości Gwarantowanej sumy ubezpieczenia	21
21. Indeksacja	22
22. Postanowienia końcowe	23
II. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego	25
III. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	30
IV. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych	
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”	34
V. Tabela Opłat i Limitów do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”	41

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA
INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE
Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM DIAMENTOWA PRZYSZŁOŚĆ**

§ 1

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość” (zwane dalej OWU) mają zastosowanie do umów ubezpieczenia na życie z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawieranych między Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym i stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

DEFINICJE

§ 2

W umowie ubezpieczenia, zawartej na podstawie niniejszych OWU, wymienione poniżej terminy mają następujące znaczenie:

- 1) **Cena jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane i odliczane z Indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 2) **Dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu prawa polskiego oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ „WARTA” S.A. Informację o dniach wolnych od pracy, Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu na jego żądanie,
- 3) **Dodatkowy termin** – okres nie krótszy niż 7 dni, liczony od otrzymania przez Ubezpieczającego pisma, w którym Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych Składek regularnych i jednocześnie poinformuje go o skutkach ich niezapłacenia,
- 4) **Fundusz** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 5) **Górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia** – maksymalna gwarantowana suma ubezpieczenia, obliczona przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności Składki regularnej, wieku Ubezpieczonego, zakresu ubezpieczenia, stanu zdrowia Ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia Ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określony w Umowie ubezpieczenia,
- 6) **Gwarantowana suma ubezpieczenia** – kwota ustalana przez strony Umowy ubezpieczenia, która wynosi nie mniej niż ustalona w Tabeli opłat i limitów i jest ustalana przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu,
- 7) **Indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych,
- 8) **Indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych** – część Indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki dodatkowe w ramach Funduszy i Planów,
- 9) **Indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych** – część Indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki regularne w ramach Funduszy i Planów,
- 10) **Miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a gdy dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma, w ostatnim dniu danego miesiąca kalendarzowego,

- 11) **Opcja** – wskazana w Umowie ubezpieczenia opcja inwestycyjna albo opcja uniwersalna, dla których ustalona została przez strony Umowy ubezpieczenia określona wysokość sumy ubezpieczenia,
- 12) **Plan Inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzielona część aktywów Ubezpieczyciela; Plan, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 13) **Polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia Umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 14) **Polisa dodatkowa** – dokument wystawiony przez Ubezpieczyciela, potwierdzający zawarcie Programu ubezpieczeń dodatkowych,
- 15) **Program ubezpieczeń dodatkowych** – ubezpieczenia dodatkowe określone w § 2 pkt 14) Ogólnych Warunków Programu Ubezpieczeń Dodatkowych „Program Ochronny”,
- 16) **Rocznica polisy** – dzień, w kolejnym roku trwania Umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia Umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca,
- 17) **Rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi Rocznicami polisy,
- 18) **Składka** – Składka regularna lub Składka dodatkowa,
- 19) **Składka dodatkowa** – kwota płatna przez Ubezpieczającego w dowolnych terminach w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota Składki dodatkowej obowiązująca aktualnie u Ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów,
- 20) **Składka regularna** – kwota płatna przez Ubezpieczającego w terminach i wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia,
- 21) **Świadczenie** – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia,
- 22) **Tabela opłat i limitów** – dokument stanowiący załącznik do OWU, który zawiera wysokość opłat, limitów oraz wskaźniki stosowane przez Ubezpieczyciela w Umowie ubezpieczenia,
- 23) **Ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca Umowę ubezpieczenia,
- 24) **Ubezpieczony** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
- 25) **Umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU, przez którą Ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone Świadczenie na rzecz Uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia, a Ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić Składkę regularną,
- 26) **Umowy ubezpieczenia dodatkowego** – każda z poniższych umów:
 - a) Umowa ubezpieczenia dodatkowego na Wypadek Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego,
 - b) Umowa ubezpieczenia dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego,
- 27) **Uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w Umowie ubezpieczenia Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie,
- 28) **Wariant** – wskazany w Umowie ubezpieczenia dla opcji uniwersalnej wariant A lub B, dla którego ustalona została przez strony Umowy ubezpieczenia wysokość sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem zapisów § 4 ust. 3 pkt 2) OWU,
- 29) **Wartość dodatkowa polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, nabytych na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia za opłacone Składki dodatkowe,

- 30) **Wartość indywidualnego konta inwestycyjnego** – Wartość polisy i Wartość dodatkowa polisy,
- 31) **Wartość polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, nabytych na zasadach określonych w Umowie ubezpieczenia za opłacone Składki regularne,
- 32) **Wartość wykupu całkowitego** – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca Ubezpieczającemu na zasadach określonych w § 21 OWU,
- 33) **Wartość wykupu częściowego** – kwota, którą Ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 21 OWU,
- 34) **Wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez Ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen,
- 35) **Wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie Ubezpieczonego.
2. W przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego oraz Programu ubezpieczeń dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie Ubezpieczonego.
3. W ramach Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu Ubezpieczonego.
4. W ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający, którzy wybrali opcję uniwersalną mogą rozszerzyć zakres ochrony, o którym mowa w ust. 3 o Umowy ubezpieczenia dodatkowego, o których mowa w § 2 pkt 26) OWU oraz o Program ubezpieczeń dodatkowych, o którym mowa w § 2 pkt 15) OWU.
5. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową, ustaloną dla opcji inwestycyjnej, na podstawie nie więcej niż pięciu Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Gwarantowana suma ubezpieczenia potwierdzona jest w Polisie lub innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość sumy ubezpieczenia jest uzależniona od wyboru przez Ubezpieczającego Opcji: inwestycyjnej albo uniwersalnej.
3. Suma ubezpieczenia:
 - 1) w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego opcji inwestycyjnej obliczona jest jako suma Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Wartości polisy powiększonej o Wartość dodatkową polisy,
 - 2) w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego opcji uniwersalnej obliczona jest jako:
 - a) dla Wariantu A :
wyższa z wartości: Gwarantowana suma ubezpieczenia pomniejszona o dokonane wykupy częściowe albo Wartość polisy, powiększona o Wartość dodatkową polisy
 - b) dla Wariantu B:
suma Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Wartości polisy, powiększona o Wartość dodatkową polisy.
4. Przy ustalaniu Wartości polisy, o której mowa w ust. 3, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek

uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę Świadczenia.

5. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę Świadczenia przez Ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 12 ust. 4 i ust. 5 OWU.
6. Wysokość Gwarantowanej sumy ubezpieczenia dla opcji uniwersalnej ustala Ubezpieczyciel po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, mogących mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego Umową ubezpieczenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 5

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia:
 - 1) ukończyła trzeci miesiąc życia i nie ukończyła osiemdziesiątego piątego roku życia - w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego opcji inwestycyjnej;
 - 2) ukończyła piętnasty rok życia i nie ukończyła sześćdziesiątego piątego roku życia - w przypadku wyboru przez Ubezpieczającego opcji uniwersalnej.
3. Ubezpieczający składa wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia oraz wpłaca pierwszą Składkę regularną w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. W przypadku wybrania przez Ubezpieczającego opcji uniwersalnej, Ubezpieczający dokonuje wyboru pomiędzy Wariantem A albo Wariantem B.
4. Zawarcie Umowy ubezpieczenia następuje na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel potwierdza zawarcie Umowy ubezpieczenia Polisé.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku albo do sporządzenia nowego wniosku. W przypadku, gdy Ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia albo nie wypełni nowego wniosku w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania pisemnego wezwania, Umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku z uwzględnieniem zapisów ust. 9.
8. Ubezpieczyciel może przed zawarciem Umowy ubezpieczenia skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczyciel może zawrzeć Umowę ubezpieczenia albo odmówić jej zawarcia, albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 3 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w Polisé jako początek okresu ubezpieczenia.
11. W zakresie Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej, o której mowa w § 6 OWU Umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu doręczenia do Ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia pierwszej Składki regularnej w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.

12. W przypadku wybrania przez Ubezpieczającego opcji inwestycyjnej, jeżeli w okresie między złożeniem przez Ubezpieczającego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, a dniem jej zawarcia nastąpił zgon Ubezpieczonego, Ubezpieczyciel zwraca Ubezpieczającemu zapłaconą Składkę. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
13. Wszystkie dane Ubezpieczonego oraz osób Uprawnionych do otrzymania Świadczenia uzyskane przez Ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem Umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 6

1. Umowa w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia na podstawie OWU. Ubezpieczyciel udziela tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej tylko dla opcji uniwersalnej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia doręczenia do Ubezpieczyciela wypełnionego i podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia i wpłaty pierwszej Składki regularnej w wysokości ustalonej przez Ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy.
3. Składka, o której mowa w ust. 2, zaliczana jest na poczet składki z tytułu Umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w Polisie.
4. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon Ubezpieczonego w następstwie Wypadku.
5. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie Uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% Gwarantowanej sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia, w przypadku zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez Ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego w wyniku Wypadku jest wyłączona, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę i popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, Uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) wystąpienia u Ubezpieczonego wszelkich chorób i zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 2 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
- 1) z upływem 60 dnia jej trwania,
 - 2) z dniem wystawienia przez Ubezpieczyciela Polisy potwierdzającej zawarcie Umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w OWU,
 - 3) z dniem odmowy zawarcia Umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem zgonu Ubezpieczonego,
 - 5) z dniem otrzymania przez Ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia Umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 7 pkt 1).
9. Wygaśnięcie odpowiedzialności z tytułu umowy w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej powoduje rozwiązanie tej umowy.
10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 7 pkt 1) albo 3), Ubezpieczyciel zwraca Składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
11. Jeżeli zgon Ubezpieczonego nastąpił w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie był spowodowany Wypadkiem, ubezpieczyciele zwraca Składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie o jakim mowa w ust. 10.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty Składki regularnej w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 8

1. Z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania Składki regularnej w wysokości określonej w Umowie ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela. Wysokość Składki regularnej nie może być niższa niż minimalna Składka regularna wskazana w Tabeli opłat i limitów.
2. Wysokość Składki regularnej określana jest w Umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania przez Ubezpieczającego we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
3. Składka regularna może być opłacana z częstotliwością: miesięczną, kwartalną, półroczną albo roczną - zgodnie z wyborem Ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania Składki regularnej określana jest w Umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą Składkę regularną najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Każdą następną Składkę regularną Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który jest należna.
5. Ubezpieczający poza Składką regularną ma prawo dokonywania wpłat Składki dodatkowej

na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela, w dowolnych terminach, w czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia w wysokości nie niższej niż minimalna wysokość Składki dodatkowej wskazana w Tabeli opłat i limitów.

6. Za dzień wpłaty Składki regularnej lub Składki dodatkowej uznaje się dzień wpływu: Składki regularnej, Składki dodatkowej na rachunek bankowy wskazany przez Ubezpieczyciela odpowiednio dla Składki regularnej, Składki dodatkowej.
7. W przypadku niezapłacenia Składki regularnej przez Ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 4, Ubezpieczyciel wezwie Ubezpieczającego pisemnie do zapłaty wszystkich zaległych Składek regularnych w Dodatkowym terminie.
8. Jeżeli wartość jednostek na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych jest wystarczająca na pokrycie wszystkich zaległych Składek regularnych, a Ubezpieczający w Dodatkowym terminie zapłaty ich nie zapłacił, Ubezpieczyciel dokona przeniesienia jednostek o równowartości kwoty wszystkich zaległych Składek regularnych z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych na Indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych po pobraniu opłaty dystrybucyjnej. Przeniesienie jednostek uczestnictwa nastąpi poprzez proporcjonalne odliczenie jednostek uczestnictwa z Funduszu i Planu lub Funduszy i Planów na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych i zaksięgowaniem jednostek tych samych Funduszy i Planów na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych według Cen jednostek uczestnictwa obowiązujących nie później niż 5 dni roboczych licząc od ostatniego dnia Dodatkowego terminu.
9. Jeżeli wartość jednostek na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych nie jest wystarczająca na pokrycie wszystkich zaległych Składek regularnych, a w Dodatkowym terminie ich zapłaty Ubezpieczający nie dokona zapłaty kwoty stanowiącej równowartość wszystkich zaległych Składek regularnych:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej nastąpiła przed upływem trzech Lat polisowych - Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ostatniego dnia Dodatkowego terminu, z zastrzeżeniem § 23 OWU;
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej Składki regularnej nastąpiła po upływie trzech Lat polisowych – Umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 11 OWU, z upływem ostatniego dnia Dodatkowego terminu.
10. Ubezpieczający ma prawo po upływie dwudziestu czterech Miesięcy polisowych złożyć pisemny wniosek o podwyższenie wysokości Składki regularnej pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu Składek regularnych. Pisemny wniosek Ubezpieczającego o podwyższenie wysokości Składki regularnej powinien być doręczony do Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana. Zgoda na zmianę wysokości Składki regularnej jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela pisemnie.
11. Ubezpieczający ma prawo po upływie dwudziestu czterech Miesięcy polisowych złożyć wniosek o obniżenie wysokości Składki regularnej do kwoty nie niższej niż określona w Tabeli opłat i limitów, pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu Składek regularnych. Pisemny wniosek Ubezpieczającego na obniżenie wysokości Składki regularnej powinien być doręczony do Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana. Zgoda na zmianę wysokości Składki regularnej jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela pisemnie.
12. Ubezpieczający ma prawo po upływie dwudziestu czterech Miesięcy polisowych złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej pod warunkiem braku zaległości w opłacaniu Składek regularnych. Pisemny wniosek Ubezpieczającego o zmianę częstotliwości opłacania Składki powinien być doręczony do Ubezpieczyciela nie później niż 30 dni przed Rocznicą polisy, od której ma obowiązywać zmiana. Zgoda na zmianę częstotliwości opłacania Składki regularnej jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela pisemnie.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego – z dniem, ustalonym zgodnie z §10 ust.3 OWU,
 - 3) zgonu Ubezpieczonego - z dniem zgonu,
 - 4) niezapłacenia przez Ubezpieczającego Składki regularnej na zasadach, określonych w § 8 ust. 9 pkt 1) OWU – z ostatnim dniem Dodatkowego terminu; w sytuacji o której mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 21 OWU, przy czym za dzień złożenia wniosku o wykup całkowity, o którym mowa w § 21 OWU przyjmuje się dzień rozwiązania Umowy ubezpieczenia i dokonuje wypłaty kwoty w wysokości Wartości wykupu całkowitego, na zasadach określonych w § 21 OWU,
 - 5) złożenia wniosku o wykup całkowity ubezpieczenia, o którym mowa w § 21 OWU - z dniem następnym po dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 6) spadku wartości środków zgromadzonych na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 OWU za dany Miesiąc polisowy, jeżeli wypada on po upływie pierwszych 10 Lat polisowych - z ostatnim dniem okresu, za który opłaty z tytułu Umowy ubezpieczenia zostały pobrane,
 - 7) spadku wartości środków zgromadzonych na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 OWU za dany Miesiąc polisowy, z ostatnim dniem okresu, za który opłaty z tytułu Umowy ubezpieczenia zostały pobrane, jeżeli:
 - a) Ubezpieczający skorzystał lub aktualnie korzysta z prawa do zawieszenia opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 23, lub
 - b) Ubezpieczający dokonywał wykupów częściowych z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych, lub
 - c) Umowa ubezpieczenia przekształcona została w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 11 OWU.
2. Ostatni dzień okresu, za który opłaty z tytułu Umowy ubezpieczenia zostały pobrane wyznaczany jest na podstawie iloczynu liczby dni danego Miesiąca polisowego (tj. Miesiąca polisowego, w którym Wartość indywidualnego konta inwestycyjnego spadła poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat, określonych w § 18 OWU za ten Miesiąc polisowy) oraz stosunku Wartości indywidualnego konta inwestycyjnego według stanu na pierwszy dzień tego Miesiąca polisowego, do kwoty opłat należnych za ten Miesiąc polisowy.

ODSTĄPIENIE I WYPOWIEDZENIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy Ubezpieczający jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku odstąpienia przez Ubezpieczającego od Umowy ubezpieczenia, Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty kwoty w wysokości Wartości wykupu całkowitego, na zasadach określonych w § 21 OWU, powiększonej o pobrane opłaty na zasadach określonych w § 18 OWU, bez obciążania opłatą transakcyjną za czynności związane z procesem wykupu, nie przewyższającej jednak wartości wpłaconych Składek regularnych i dodatkowych. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, zwrotu opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu Ubezpieczonego, a w przypadku zawarcia Umów dodatkowych również opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe dokonuje się, w wysokości proporcjonalnej do niewykorzystanego okresu ubezpieczenia. Na potrzeby

ustalenia Wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do Ubezpieczyciela oświadczenia woli o odstąpieniu od Umowy ubezpieczenia.

3. Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia, składając oświadczenie o wypowiedzeniu umowy w formie złożenia wniosku o wykup całkowity ubezpieczenia, w każdym czasie jej obowiązywania, bez podania przyczyn, pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w następnym dniu po doręczeniu oświadczenia o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia do Ubezpieczyciela. Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku ponoszenia opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe za okres, w którym Ubezpieczyciel udzielał ochrony ubezpieczeniowej. W przypadku sytuacji, o której mowa w zdaniu poprzednim Ubezpieczyciel na podstawie wniosku złożonego przez Ubezpieczającego dokonuje wypłaty kwoty w wysokości Wartości wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 21 OWU.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 11

1. Ubezpieczający ma prawo po upływie 3 Lat polisowych złożyć wnioski o przekształcenie Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w pierwszym dniu kolejnego Miesiąca polisowego następującego po dniu doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o przekształcenie ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i ust. 2 Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 8 ust. 9 pkt 2) OWU, bez wymogu składania wniosku przez Ubezpieczającego.
4. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - 1) wygasa zobowiązanie do opłacenia wszystkich przyszłych Składek regularnych, których termin płatności upływa po dniu przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe,
 - 2) suma ubezpieczenia ulega zmianie i jest równa Wartości polisy aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową,
 - 3) nie ma możliwości podwyższenia Gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 3 OWU zostaje zachowany, z wyłączeniem zakresu ochrony ubezpieczeniowej określonego w każdej z zawartych Umów ubezpieczenia dodatkowego.
6. Ubezpieczający może przekształcić ubezpieczenie bezskładkowe w ubezpieczenie z wymagalnością Składki regularnej wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez Ubezpieczyciela.
7. Wznowienie opłacania składek, o którym mowa w ust. 6, następuje z kolejnym terminem płatności Składki regularnej przypadającym po potwierdzeniu przez Ubezpieczyciela przekształcenia ubezpieczenia bezskładkowego w ubezpieczenie składkowe z wymagalnością Składki regularnej.
8. W okresie ubezpieczenia bezskładkowego Ubezpieczony ma prawo dokonywania wpłat Składki dodatkowej na zasadach określonych w § 8 ust. 5 OWU.
9. Dokonanie wpłaty na Indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego wpłata została dokonana.
10. Jeżeli Umowa ubezpieczenia uległa przekształceniu w umowę bezskładkową, a Wartość indywidualnego konta inwestycyjnego jest niewystarczająca na pokrycie opłat z tytułu Umowy ubezpieczenia, o których mowa w § 18 ust. 6 - 9 OWU, Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu zgodnie z postanowieniami § 9 ust. 1 pkt 7) OWU.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 12

1. Z tytułu zgonu Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, Ubezpieczyciel wypłaci Uprawnionemu Świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia określonej w § 4 OWU.
2. Ubezpieczyciel dokonuje wypłaty Świadczenia, o którym mowa w ust. 1 w przypadkach przewidzianych Umową ubezpieczenia w trybie określonym w ust. 3 – 9, na podstawie złożonego do Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę Świadczenia, do którego Uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości Świadczenia, przy czym za dzień złożenia do Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu zgonu Ubezpieczonego uznaje się datę wpływu wniosku do Ubezpieczyciela.
3. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową (tj. wniosku o wypłatę Świadczenia), w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, Ubezpieczyciel informuje o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
4. Ubezpieczyciel wypłaca Świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę Świadczenia.
5. W przypadku, gdy w terminie określonym w ust.4 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności Ubezpieczyciela albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia Ubezpieczyciel wypłaca w terminie, o którym mowa w ust. 4.
6. Za datę wypłaty Świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego Uprawnionego, kwotą należnego Świadczenia, bądź dzień odebrania kwoty należnego Świadczenia, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przez sąd właściwy dla siedziby lub miejsca zamieszkania Ubezpieczającego, Ubezpieczonego albo Uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji Ubezpieczycielowi przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zwalnia Ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
9. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, Ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.

§ 13

1. Ubezpieczony może wskazać Uprawnionego do otrzymania Świadczenia na wypadek zgonu Ubezpieczonego zarówno przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie Uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że Uprawnionym jest każdy okaziciel Polisy. W tym przypadku postanowienia § 14 ust. 3 OWU nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1 lub 2.

4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę Uprawnionego w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do Ubezpieczyciela wniosku o zmianę Uprawnionego.

§ 14

1. Jeżeli Ubezpieczony wskazał więcej niż jednego Uprawnionego do otrzymania Świadczenia, Świadczenie wypłaca się Uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w Świadczeniu; jeżeli Ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w Świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w Świadczeniu są równe.
2. Jeżeli Uprawniony umyślnie spowodował zgon Ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do Świadczenia; tracą prawo do Świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po Uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli Ubezpieczony nie wskazał Uprawnionego, albo gdy Uprawniony w dniu zgonu Ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do Świadczenia, osobami wskazanymi Uprawnionymi do Świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po Ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).
4. Jeżeli Uprawnionym jest okaziciel Polisy, to duplikat Polisy nie może być wydany.

WYŁĄCZENIA I OGRANICZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego ograniczona jest do wypłaty Świadczenia w wysokości Wartości wykupu całkowitego, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej).
2. Wypłata Wartości wykupu całkowitego, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek Uprawnionego o wypłatę Świadczenia. Na potrzeby ustalenia Wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do Ubezpieczyciela wniosku o wypłatę Świadczenia. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 21 OWU, z wyłączeniem zapisu ust.12.
3. Odpowiedzialnością Ubezpieczyciela z tytułu zgonu Ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, Ubezpieczyciel wypłaca spadkobiercom równowartość kwoty wykupu całkowitego. Wypłata równowartości kwoty wykupu całkowitego, następuje na wniosek spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia Wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do Ubezpieczyciela wniosku przez spadkobiercę. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 21 OWU.

FUNDUSZE I PLANY

§ 16

1. W związku z zawarciem Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planów część aktywów Ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach Umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w które inwestowane będą zarówno Składki regularne jak i Składki dodatkowe wpłacane przez Ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo, z dokładnością do 1% przy czym wskazanie dla każdego z Funduszy i Planu nie może wynosić mniej niż 10%.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze Składek regularnych oraz Składek dodatkowych opłacanych przez Ubezpieczającego z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. W ramach Umowy ubezpieczenia Ubezpieczyciel tworzy dla każdego z Ubezpieczonych Indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i Indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane odpowiednio za Składki regularne i Składki dodatkowe w ramach Funduszy i Planów. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa na Indywidualnym koncie inwestycyjnym.

§ 17

1. Każda wpłacona Składka regularna i Składka dodatkowa przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa w Funduszach i Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez Ubezpieczającego z zastrzeżeniem ust. 2 i 3.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy i Planów, w które zalokowana ma być Składka regularna i Składka dodatkowa albo gdy podział procentowy Składki regularnej i Składki dodatkowej w całości albo w części obejmuje Fundusz, Plan, który jest w okresie zawieszenia możliwości dokonywania nabycia jednostek, o którym mowa w § 2 ust. 9 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, Ubezpieczyciel lokuje odpowiednio całą Składkę regularną i Składkę dodatkową albo jej część w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej Składki regularnej lub Składki dodatkowej w poszczególnych Funduszach i Planach.
4. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego Funduszu lub Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę transakcyjną za transfer jednostek uczestnictwa, jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym Funduszu lub Planie, do którego transfer jest dokonywany.
5. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami lub Planami oraz zmiany podziału procentowego są zlecane oddzielnie dla Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz oddzielnie dla Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych. W przypadku braku wskazania Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, dla którego ma być zrealizowane zlecenie, dyspozycję uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji. Nie jest możliwe dokonywanie transferu między Indywidualnym kontem inwestycyjnym składek regularnych a Indywidualnym kontem inwestycyjnym składek dodatkowych.
6. Pierwsze 6 zmian podziału procentowego i pierwsze 6 transferów jednostek uczestnictwa w Roku polisowym, tj. wniosków złożonych w danym Roku polisowym, jest wolne od opłat. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez Ubezpieczyciela, zgodnie z Tabelą opłat i limitów, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Wszystkie zlecenia, o których mowa w ust. 5 oraz 6, składane przez Ubezpieczającego drogą

- elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej, są bezpłatne.
8. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu stosownego wniosku. Wniosek może być złożony na formularzu przygotowanym przez Ubezpieczyciela.
 9. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych Funduszy i Planów wybranych przez Ubezpieczającego nie jest równa 100%, dyspozycję Ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie podlega ona realizacji.
 10. Przy dokonywaniu transferu jednostek uczestnictwa stosuje się Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia odpowiedniego wniosku do Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 11 i 12. Wniosek może być złożony na formularzu przygotowanym przez Ubezpieczyciela.
 11. Jeżeli wniosek o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa został złożony w okresie zawieszenia możliwości dokonywania transferu środków z Funduszu, Planu lub do Funduszu, Planu, o którym mowa w § 2 ust. 9 - 12 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, którego dotyczy dyspozycja Ubezpieczającego, transferu jednostek uczestnictwa z tego Funduszu, Planu lub do tego Funduszu, Planu dokonuje się według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu.
 12. Jeżeli wniosek o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa został złożony w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje częściowego wykupu, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za Składki regularne lub Składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, w obrębie tych samych Funduszy lub Planów, to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji.
 13. Ubezpieczyciel określa w Tabeli opłat i limitów minimalną wartość jednostek uczestnictwa, podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na Indywidualnym koncie inwestycyjnym Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu, stosując Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w dniu złożenia wniosku o dokonanie transferu jednostek uczestnictwa.
 14. W przypadku, gdy wartość jednostek pozostających na Funduszu lub Planie wyjściowym jest niższa niż wskazana w Tabeli opłat i limitów transferowi podlegają wszystkie jednostki uczestnictwa z Funduszu lub Planu wyjściowego.
 15. W przypadku, gdy wartość jednostek podlegających transferowi z Funduszu lub Planu wyjściowego jest niższa niż wskazana w Tabeli opłat i limitów transfer nie zostanie zrealizowany.
 16. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w Tabeli opłat i limitów o której mowa w § 27 ust. 3 OWU.
 17. Limity, o których mowa w ust. 13 - 15, nie mają zastosowania w przypadku zleceń składanych przez Ubezpieczającego drogą elektroniczną, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o korzystanie z aplikacji elektronicznej.

AKTYWA FUNDUSZY I PLANÓW, OPŁATY UBEZPIECZYCIELA

§ 18

1. Środki Funduszy i Planów lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu i Planu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu i Planu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu i Planu powiększana jest z tytułu wpłat Składek regularnych i Składek dodatkowych oraz przychodów z lokat środków Funduszu i Planu.

4. Ubezpieczyciel pobiera z tytułu Umowy ubezpieczenia następujące opłaty:
 - 1) opłatę dystrybucyjną od Składek regularnych i Składek dodatkowych,
 - 2) opłatę administracyjną,
 - 3) opłatę polisową,
 - 4) opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu,
 - 5) opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe – w przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego; sposób pobierania opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe opisany jest w § 5 Umowy ubezpieczenia dodatkowego na Wypadek Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego oraz w § 5 Umowy ubezpieczenia dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego,
 - 6) opłaty transakcyjne:
 - a) za czynności związane z procesem wykupu częściowego,
 - b) za czynności związane z procesem wykupu całkowitego,
 - c) za przesłanie dodatkowej listownej informacji dotyczącej Umowy ubezpieczenia,
 - d) za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami,
 - e) za zmianę podziału procentowego Składki regularnej lub Składki dodatkowej.
5. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o kwoty: wypłacane w trybie § 12 OWU lub § 21 OWU, opłaty wymienione w ust. 6 – 15 oraz należności wynikające z przepisów podatkowych, a w przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego o opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Tabeli opłat i limitów.
6. **Opłata dystrybucyjna** – pokrywa koszty związane z zawarciem Umowy ubezpieczenia, na które składają się koszty wdrożenia produktu, dystrybucji oraz wystawienia Polisy i stanowi podstawę do rozliczenia premii wskazanej w § 22 OWU. Opłata jest ustalona procentowo i pobierana jest od wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej w wysokości wskazanej w Tabeli opłat i limitów, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, w dniu przeliczenia Składki regularnej i Składki dodatkowej na jednostki uczestnictwa według Ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa za wpłaconą Składkę regularną i Składkę dodatkową. Opłata dystrybucyjna od każdej wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej pobierana jest w całym okresie trwania Umowy ubezpieczenia.
7. **Opłata administracyjna** – stanowi sumę opłat dla każdego Funduszu i Planu, w którym Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa. Opłata dla każdego z Funduszy i Planów obliczana jest jako iloczyn stawki procentowej opłaty określonej w Tabeli opłat i limitów oraz wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu, Planu wg stanu na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, z zastrzeżeniem że jeżeli pierwszy dzień danego Miesiąca polisowego przypada w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, to opłata jest obliczana według wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu, Planu wg stanu na dzień zrealizowania wcześniej złożonej przez Ubezpieczającego dyspozycji transferu. Opłata dla danego Funduszu, Planu pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa tego Funduszu i Planu o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna.
8. **Opłata polisowa** – z tytułu bieżącej obsługi Umowy ubezpieczenia jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Opłata pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na Indywidualnym

koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy Miesiąc polisowy zostaną umorzone według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia Składki regularnej na jednostki uczestnictwa.

9. **Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu** – pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, w którym Ubezpieczony posiada jednostki uczestnictwa. Pobierana miesięcznie opłata liczona jest jako iloczyn 1/12 stawki opłaty zależnej od aktualnego wieku Ubezpieczonego oraz sumy na ryzyku w pierwszym dniu Miesiąca polisowego według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy Miesiąc polisowy zostaną umorzone według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia Składki regularnej na jednostki uczestnictwa;
Przez sumę na ryzyku należy rozumieć:

- a) w przypadku opcji inwestycyjnej jest to 1000 PLN,
- b) w przypadku opcji uniwersalnej dla wariantu A jest to różnica pomiędzy Gwarantowaną sumą ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, a wartością Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, pomniejszonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: opłatę za prowadzenie Umowy ubezpieczenia oraz opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu oraz opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe – w przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego (gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0) ;
- c) w przypadku opcji uniwersalnej dla wariantu B jest to Gwarantowana suma ubezpieczenia aktualna na pierwszy dzień Miesiąca polisowego;

Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu jest ustalona kwotowo, w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów, na podstawie aktualnego wieku Ubezpieczonego w pierwszym dniu Miesiąca polisowego.

10. Opłaty, o których mowa w ust. 6 - 9 pobierane są w całym okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
11. Zawieszenie opłacania Składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa ust. 6 – 9.
12. **Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu** – opłata pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych. Opłata jest ustalona kwotowo, w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów, i pobierana jest poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, podlegających wykupowi częściowemu. W przypadku wykupu całkowitego opłata pobierana jest poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego.
13. Opłata transakcyjna za przesłanie dodatkowej listownej informacji dotyczącej Umowy ubezpieczenia, jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów. Opłata pobierana jest każdorazowo w przypadku przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej pisemnej informacji dotyczącej wartości Indywidualnego konta inwestycyjnego lub informacji dotyczących realizacji operacji na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, do przekazania, której Ubezpieczyciel nie jest zobligowany obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z niniejszych OWU oraz kopii dokumentów dotyczących Umowy ubezpieczenia. Opłata pobierana

jest poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.

14. **Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami** – jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów i pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
15. **Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego Składki regularnej lub Składki dodatkowej** – jest ustalona kwotowo w wysokości określonej w Tabeli opłat i limitów i pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych odpowiednio za Składki regularne lub Składki dodatkowe, w zależności od tego, której z tych składek zmiana podziału dotyczy, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.
16. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 19

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy i Planów w celu ustalenia Ceny jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy Dzień roboczy i dodatkowo na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest Dniem roboczym, z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 9 - 12 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych.
3. Ustalanie Ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów Funduszu lub Planu przez liczbę jednostek uczestnictwa, według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonana była wycena do dnia, w którym dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
4. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od:
 - 1) późniejszej z dat: daty wpływu Składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek Ubezpieczyciela lub daty wymagalności Składki regularnej,
 - 2) daty wpływu Składki dodatkowej na rachunek Ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem § 2 ust. 9 - 12 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych.
5. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została Cena jednostki uczestnictwa.
6. Ubezpieczyciel powiadamia Ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na Indywidualnym koncie inwestycyjnym nie rzadziej niż raz na rok.

BRAK GWARANCJI WARTOŚCI

§ 20

1. Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji, dotyczących Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych i wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek Funduszy i Planów.

2. Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych Składek regularnych i Składek dodatkowych.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, ma prawo dokonać wykupu całkowitego. W takim wypadku Ubezpieczającemu wypłacona będzie Wartość wykupu całkowitego.
2. Ubezpieczający ma prawo dokonać wykupu częściowego z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, zaś wykupu całkowitego z Indywidualnego konta inwestycyjnego; z zastrzeżeniem, iż wykupu częściowego albo wykupu całkowitego można dokonać po upływie okresu, w którym Ubezpieczający ma prawo do odstąpienia od Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 10 OWU.
3. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie ze wskazanego przez Ubezpieczającego Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa Funduszu lub Planu wskazanego przez Ubezpieczającego. Kwota wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez Ubezpieczyciela określona w Tabeli opłat i limitów.
4. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał, z którego Indywidualnego konta inwestycyjnego: Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych czy Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych ma zostać dokonany wykup częściowy, wykup częściowy nie jest realizowany.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie wskazał Funduszu lub Planu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na wskazanym Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych. W przypadku zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 10 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, któregośkolwiek z Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, których zawieszenie nie dotyczy.
6. Przy ustalaniu odpowiednio: Wartości wykupu całkowitego, Wartości wykupu częściowego, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty doręczenia do Ubezpieczyciela odpowiednio: wniosku o wykup całkowity, wniosku o wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 7 i ust. 12.
7. Jeżeli odpowiednio: wniosek o wykup całkowity, wniosek o wykup częściowy został złożony w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje transferu, o którym mowa w § 17 OWU lub wykupu częściowego lub nabycia jednostek uczestnictwa za Składkę regularną lub Składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, w obrębie tych samych Funduszy lub Planów, to przy ustalaniu Wartości wykupu całkowitego albo Wartości wykupu częściowego, Ubezpieczyciel przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na wskazanym Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych lub Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, obliczoną według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym, licząc od daty zrealizowania wcześniej złożonych przez Ubezpieczającego dyspozycji.

8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu odpowiednio: wniosku o wykup całkowity, wykup częściowy przez Ubezpieczyciela z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 9, z zastrzeżeniem ust. 7 i ust. 12.
9. Kwota składająca się na Wartość wykupu całkowitego albo Wartość wykupu częściowego z Indywidualnego konta składek regularnych i Wartości wykupu częściowego z Indywidualnego konta składek dodatkowych uwzględnia opłaty, o których mowa w § 18 ust. 6 – 9 OWU oraz opłatę transakcyjną za czynności związane z procesem wykupu, o której mowa w § 18 ust. 12 OWU oraz ewentualny podatek. Ubezpieczyciel wypłaca Wartość wykupu całkowitego albo Wartość wykupu częściowego w ciągu 30 dni od otrzymania odpowiednio wniosku o wykup całkowity albo wykup częściowy. Przez dzień otrzymania wniosku o wykup częściowy lub wykup całkowity, w przypadku o którym mowa w ust. 12, rozumie się dzień przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu. W przypadku, gdy Wartość indywidualnego konta inwestycyjnego jest niższa niż opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu całkowitego przyjmuje się, że opłata jest równa Wartości indywidualnego konta inwestycyjnego.
10. Jeżeli Wartość wykupu częściowego w odniesieniu do danego Funduszu lub Planu wskazanego przez Ubezpieczającego we wniosku o dokonanie wykupu częściowego jest wyższa niż wartość jednostek uczestnictwa danego Funduszu lub Planu to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego Funduszu i Planu.
11. Wartość jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi częściowemu nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez Ubezpieczyciela, określona w Tabeli opłat i limitów. Przy określaniu minimalnej kwoty wartości wykupu częściowego Ubezpieczyciel stosuje Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w dniu złożenia wniosku o dokonanie wykupu częściowego. Ograniczenia wskazanego w zdaniu poprzednim nie stosuje się w przypadku wystąpienia sytuacji o której mowa w § 2 ust. 10 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych.
12. Jeżeli wniosek o wykup częściowy lub wykup całkowity został złożony w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych i wykupów całkowitych, o którym mowa w § 2 ust. 10 Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych, któregośkolwiek z Funduszy i Planów, którego dotyczy dyspozycja Ubezpieczającego, wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z tego Funduszu, Planu dokonuje się według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego Funduszu, Planu.

PREMIA

§ 22

1. Ubezpieczającemu przysługuje premia w przypadku łącznego spełnienia następujących warunków:
 - 1) Umowa ubezpieczenia pozostaje w mocy:
 - a) w odpowiednio: 4, 8, 12 Rocznicę polisy – w przypadku opcji uniwersalnej,
 - b) w odpowiednio: 3, 6, 9 Rocznicę polisy – w przypadku opcji inwestycyjnej,
 - 2) wysokość Składki regularnej, którą Ubezpieczający wskazał we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie uległa obniżeniu do dnia przyznania premii,
 - 3) wszystkie Składki regularne należne od zawarcia Umowy ubezpieczenia do dnia przyznania premii są w całości zapłacone,
 - 4) Ubezpieczający do dnia przyznania premii nie korzystał z możliwości zawieszenia opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 23 OWU,
 - 5) Ubezpieczający do dnia przyznania premii nie dokonał żadnego wykupu częściowego z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych,
 - 6) Ubezpieczający do dnia przyznania premii nie korzystał z możliwości przekształcenia Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 11 OWU.

2. Premia, o której mowa w ust. 1, zostanie naliczona przez Ubezpieczyciela w terminie do 10 dni roboczych po odpowiednio:
 - a) 4, 8 i 12 Rocznicy polisy – w przypadku opcji uniwersalnej,
 - b) 3, 6, 9 Rocznicy polisy – w przypadku opcji inwestycyjnej.
3. Ubezpieczyciel przekaże Ubezpieczającemu premię zasilając Indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych, zgodnie z podziałem procentowym Składki dodatkowej, obowiązującym w dniu naliczenia premii. Nabycie jednostek uczestnictwa zostanie zrealizowane według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty naliczenia premii. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonane będzie w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została Cena jednostki uczestnictwa.
4. Wysokość premii, odpowiednio dla opcji uniwersalnej, dla opcji inwestycyjnej, zawarta jest w Tabeli opłat i limitów.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 23

1. Ubezpieczający po upływie dwudziestu czterech Miesięcy polisowych ma prawo do zawieszenia opłacania Składek regularnych przez okres nie dłuższy niż 12 miesięcy licząc od daty wymagalności pierwszej Składki regularnej, której termin zapłaty przypada po dniu doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o zawieszenie opłacania Składek regularnych. Warunkiem zawieszenia opłacania Składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych Składek regularnych do dnia doręczenia wniosku o zawieszenie opłacania Składek regularnych Ubezpieczycielowi oraz doręczenie do Ubezpieczyciela wniosku o zawieszenie opłacania Składek regularnych.
2. Kolejne zawieszenie opłacania Składek regularnych możliwe jest po upływie 2 lat licząc od końca poprzedniego okresu zawieszenia opłacania Składek regularnych.
3. Wznowienie opłacania Składek regularnych przed upływem okresu na jaki zawieszono ich opłacanie możliwe jest tylko po wcześniejszym doręczeniu stosownego wniosku do Ubezpieczyciela.
4. Wznowienie opłacania Składek regularnych, o którym mowa w ust. 3, następuje z terminem płatności kolejnej Składki regularnej, przypadającym po dniu doręczenia do Ubezpieczyciela stosownego wniosku.
5. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci Składek regularnych po okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych, o którym mowa w ust. 3, to zastosowanie mają postanowienia § 8 OWU dotyczące nieopłacenia Składki regularnej przez Ubezpieczającego.
6. W okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych Ubezpieczający ma prawo dokonywania wpłat Składki dodatkowej na zasadach określonych w § 8 ust. 5 OWU.
7. Dokonanie wpłaty na Indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie zawieszenia opłacania Składek regularnych skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego wpłata ta została dokonana.

ZMIANA WYSOKOŚCI GWARANTOWANEJ SUMY UBEZPIECZENIA

§ 24

1. Ubezpieczającym, którzy wybrali opcję uniwersalną, po upływie dwudziestu czterech Miesięcy polisowych przysługuje prawo do obniżenia lub podwyższenia Gwarantowanej sumy ubezpieczenia, z tym zastrzeżeniem, że Gwarantowana suma ubezpieczenia po jej obniżeniu nie może być niższa niż minimalna Gwarantowana suma ubezpieczenia określona w Tabeli opłat i limitów oraz podwyższona Gwarantowana suma ubezpieczenia nie może być wyższa niż Górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający ma prawo złożyć wnioski o podwyższenie Gwarantowanej sumy ubezpieczenia:
 - 1) nie wcześniej niż na 90 dni i nie później niż 30 dni przed najbliższą Rocznicą polisy

- przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
- a) zawarciu przez Ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - b) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - c) przysposobieniu przez Ubezpieczonego dziecka,
- 2) nie wcześniej niż na 90 dni i nie później niż 30 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, pod warunkiem dostarczenia Ubezpieczycielowi dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka i pod warunkiem wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela.
 3. W przypadku podwyższenia Gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 2), Ubezpieczyciel ma prawo skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi Ubezpieczający.
 4. Podwyższenie Gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 1), możliwe jest jedynie trzy razy w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia, za każdym razem maksymalnie o 30%, wyłączając okres zawieszenia opłacania Składek regularnych.
 5. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o obniżenie Gwarantowanej sumy ubezpieczenia na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy pod warunkiem wyrażenia zgody przez Ubezpieczyciela.
 6. Obniżenie Gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5, możliwe jest jedynie w Rocznicę polisy, wyłączając okres zawieszenia opłacania Składek regularnych.
 7. Zgoda na zmianę wysokości Gwarantowanej sumy ubezpieczenia jest potwierdzana przez Ubezpieczyciela pisemnie.
 8. Ubezpieczyciel może odmówić obniżenia lub podwyższenia Gwarantowanej sumy ubezpieczenia.

INDEKSACJA

§ 25

1. Ubezpieczającym, którzy wybrali opcję uniwersalną Umowy ubezpieczenia przysługuje prawo do indeksacji.
2. W każdą Rocznicę polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4 - 10 poniżej, Składka regularna, Gwarantowana suma ubezpieczenia i Górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia podlegają indeksacji dokonywanej przez Ubezpieczyciela.
3. Indeksacja Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia i Górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia, o których mowa w ust. 2, polega na ich podwyższeniu o Wskaźnik indeksacji.
4. Ubezpieczyciel informuje Ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia i Górnym limicie gwarantowanej sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą Rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów 5 – 10 poniżej.
5. Jeżeli Ubezpieczający na 14 dni przed Rocznicą polisy, o której mowa w ust. 2, nie doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia i Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia, podwyższona w wyniku indeksacji Składka regularna, Gwarantowana suma ubezpieczenia i Górny limit gwarantowanej sumy ubezpieczenia obowiązuje od dnia Rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
6. Jeżeli Ubezpieczający na 14 dni przed Rocznicą polisy, o której mowa w ust. 2, doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia, wysokość Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia nie ulega zmianie.
7. Jeżeli Ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie Rocznicach polisy odmówi indeksacji Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia, indeksacja w kolejnych Latach polisowych ulega zawieszeniu.
8. W czasie zawieszenia indeksacji Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia

oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia Ubezpieczyciel nie przedstawia Ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 2 .

9. Wznowienie indeksacji Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 7, następuje na podstawie wniosku Ubezpieczającego, doręczonego Ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed Rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji Składki regularnej, Gwarantowanej sumy ubezpieczenia oraz Górnego limitu gwarantowanej sumy ubezpieczenia od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia Ubezpieczonego.
10. W przypadku zawieszenia opłacania Składek regularnych, o którym mowa w § 23 OWU oraz przekształceniu Umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 11 OWU, indeksacja nie jest proponowana.
11. Niezależnie od postanowień ust. 7 i ust. 8 Składka regularna nie podlega indeksacji w razie przejęcia obowiązku opłacania składki przez Ubezpieczyciela na podstawie Umowy ubezpieczenia dodatkowego przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego oraz w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego choroby śmiertelnej Ubezpieczonego na podstawie Umowy ubezpieczenia dodatkowego na wypadek choroby śmiertelnej Ubezpieczonego.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 26

1. Ubezpieczyciel pisemnie informuje Ubezpieczającego o zmianach w Umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a Ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji Ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) przed wyrażeniem przez Ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla Umowy ubezpieczenia;
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji Ubezpieczającemu przez Ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.Niezależnie od powyższego Ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji Ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.
2. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z Umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
3. Zasada, o której mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez Ubezpieczającego albo Ubezpieczyciela, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej), z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień lub oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa.
4. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz Ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia.
5. Jeżeli po objęciu danego Ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia Ubezpieczonego lub Uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez Ubezpieczyciela.
6. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia wniosku do Ubezpieczyciela.
7. Skargi i zażalenia zgłaszane przez Ubezpieczającego lub Uprawnionego powinny być doręczane do Ubezpieczyciela, w formie pisemnej. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez Ubezpieczyciela w terminie do 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 8.

8. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
9. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna Ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.
10. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU Ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
11. Ubezpieczyciel podlega nadzorowi ubezpieczeniowemu.

§ 27.

1. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowią załącznik do OWU.
2. W porozumieniu z Ubezpieczającym mogą być wprowadzone do Umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
3. Wysokość opłat pobieranych przez Ubezpieczyciela w ramach Umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z prowadzeniem Umowy ubezpieczenia oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji, w zakresie nieuregulowanym w niniejszych OWU, określone są na podstawie Tabeli opłat i limitów.

§ 28.

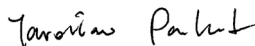
W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z Umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.

§ 29.

1. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy powszechnie obowiązującego prawa, w tym kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
3. Dla Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 30.

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 103/2013 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 14 maja 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 10 czerwca 2013 roku.



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



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO NA WYPADEK CHOROBY ŚMIERTELNEJ UBEZPIECZONEGO

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego na Wypadek Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia o rozszerzonym zakresie odpowiedzialności, stosownie do § 3 ust. 4 Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”, zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej Ubezpieczycielem.

DEFINICJE

§ 1

1. W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Choroba śmiertelna** – zaawansowana, postępująca, nieuleczalna choroba zdiagnozowana po raz pierwszy u Ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, która na podstawie co najmniej dwóch niezależnych opinii wydanych przez lekarzy, potwierdzonych przez lekarza orzecznika Ubezpieczyciela, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej doprowadzi do śmierci Ubezpieczonego w ciągu 6 (sześciu) miesięcy. Warunkiem uznania choroby za śmiertelną jest jej znaczne zaawansowanie, uzasadniające odstąpienie od leczenia przyczynowego i kontynuowanie jedynie leczenia objawowego (łagodzącego dolegliwości, przynoszącego ulgę choremu – pod postacią leczenia przeciwbólowego, odbarczającego itp.),
 - 2) **Ogólne warunki (OWU)** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”,
 - 3) **Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie, których zawarto Umowę ubezpieczenia dodatkowego,
 - 4) **Umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia dodatkowego na wypadek Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego,
 - 5) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Ogólnych warunków, o których mowa w pkt 2),
 - 6) **Wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta Umowa ubezpieczenia dodatkowego, jeżeli Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia, wybierając opcję uniwersalną.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia dodatkowego wyłącznie jednocześnie z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.

3. Ubezpieczeniem w ramach Umowy ubezpieczenia dodatkowego może być objęta osoba, która w dniu doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia dodatkowego ukończyła 15 rok życia i nie ukończyła 55 roku życia.
4. Umowa ubezpieczenia dodatkowego jest zawierana na okres jednego roku i ulega przedłużeniu na następny roczny okres, z zastrzeżeniem ust. 5 - 7.
5. Ubezpieczyciel przekazuje Ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania Umowy ubezpieczenia dodatkowego, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem § 4 ust. 2 i ust. 3 Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
6. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 5 doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania Umowy ubezpieczenia dodatkowego, Umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
7. Jeżeli Ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 5 nie doręczy Ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania Umowy ubezpieczenia dodatkowego, Umowa ubezpieczenia dodatkowego ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
8. Zawarcie Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
9. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wyłącznie, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W ramach Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu Składki, o której mowa w § 8 OWU.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu umowy ubezpieczenia dodatkowego kończy się:
 - a) w dniu wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej,
 - b) w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po dniu 65 urodzin Ubezpieczonego,
 - c) w ostatnim dniu odpowiedzialności z tytułu Umowy ubezpieczenia,
 - d) w przypadku rozpoczęcia realizacji Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego Przejścia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego - z ostatnim dniem, za jaki została pobrana opłata za ryzyko ubezpieczeniowe;
 - e) z dniem rozwiązania Umowy ubezpieczenia dodatkowego.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

OPLATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

§ 5

1. Z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.

Wysokość miesięcznej opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe:

- 1) dla Wariantu A: stanowi iloczyn 50% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy Gwarantowaną sumą ubezpieczenia ustaloną przez strony w Umowie ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, a wartością Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, pomniejszonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: opłatę za prowadzenie Umowy ubezpieczenia oraz opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu oraz opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe – w przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego (gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0),
 - 2) dla Wariantu B: stanowi iloczyn 50% Gwarantowanej sumy ubezpieczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia aktualnej na dzień ustalenia opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe oraz miesięcznego współczynnika ryzyka, gdzie miesięczny współczynnik ryzyka jest równy ilorazowi rocznego współczynnika ryzyka, określonego w Umowie ubezpieczenia oraz liczby dwanaście. Roczny współczynnik ryzyka jest ustalany na podstawie wieku Ubezpieczonego na dzień, w którym opłata za ryzyko ubezpieczeniowe jest należna.
2. Współczynnik ryzyka na wypadek Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia Ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia Ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
 3. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy Miesiąc polisowy zostaną umorzone według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia Składki regularnej na jednostki uczestnictwa.
 4. Ubezpieczyciel uprawniony będzie do zmiany wysokości rocznego współczynnika ryzyka dla niniejszej Umowy ubezpieczenia dodatkowego w Rocznice polisy. W takim przypadku w terminie wskazanym w § 2 ust. 5 Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel przedstawi Ubezpieczającemu pisemnie proponowaną wysokość rocznego współczynnika ryzyka, która będzie obowiązywać w kolejnym Roku polisowym.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Z zastrzeżeniem wyłączeń, o których mowa w § 7 Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Choroby śmiertelnej Ubezpieczonego polega na wypłacie Ubezpieczonemu Świadczenia w wysokości:
 - 1) dla Wariantu A: 50% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy Gwarantowaną sumą ubezpieczenia ustaloną przez strony w Umowie ubezpieczenia aktualną na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, a wartością Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, pomniejszonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: opłatę za prowadzenie Umowy ubezpieczenia oraz opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zgonu oraz opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe – w przypadku zawarcia Umów ubezpieczenia dodatkowego (gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0),
 - 2) dla Wariantu B: 50% Gwarantowanej sumy ubezpieczenia ustalonej przez strony w Umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku, gdy zgon Ubezpieczonego nastąpi po dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, ale przed dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, Ubezpieczyciel nie wypłaca Świadczenia z tytułu Choroby śmiertelnej, ale wypłaca wyłącznie Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego, w pełnej wysokości, Uprawnionemu do tego Świadczenia, zgodnie z § 13 lub § 14 OWU.

3. W przypadku zgonu Ubezpieczonego po dniu wypłaty Świadczenia z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej Ubezpieczyciel pomniejszy Świadczenie z tytułu zgonu Ubezpieczonego w ramach Umowy ubezpieczenia o Świadczenie wypłacone Ubezpieczonemu z tytułu niniejszej Umowy ubezpieczenia dodatkowego.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej, Ubezpieczyciel spełnia na podstawie wniosku, doręczonego Ubezpieczycielowi. Do wniosku Ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie Choroby śmiertelnej oraz dokumenty wskazane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności Świadczenia.
5. Spełnienie Świadczenia wskazanego w ust. 1 jest spełnieniem części Świadczenia należnego z tytułu zdarzenia określonego w Umowie ubezpieczenia tj. zgonu Ubezpieczonego.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 7

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby śmiertelnej nie dotyczy tych Chorób śmiertelnych, które zostały zdiagnozowane już u Ubezpieczonego przed zawarciem Umowy ubezpieczenia dodatkowego w zakresie ryzyka Choroby śmiertelnej.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zakażeniem wirusem HIV,
 - 6) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, Uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) wystąpieniem u Ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem,
 - 11) chorobami śmiertelnymi powstałymi na skutek Wypadku.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 8

1. Do Umów ubezpieczenia dodatkowego na Wypadek Choroby Śmiertelnej Ubezpieczonego zawieranych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.

2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 104/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 14 maja 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 10 czerwca 2013 roku

Jarosław Parkot

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



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

OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADKI W PRZYPADKU CAŁKOWITEGO INWALIDZTWA UBEZPIECZONEGO

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego mają zastosowanie w Umowach ubezpieczenia dodatkowego zawieranych jako rozszerzenie Umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość” zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej Ubezpieczycielem.

DEFINICJE

§ 1

1. W niniejszych ogólnych warunkach ubezpieczenia dodatkowego, wymienionym poniżej terminom nadano następujące znaczenie:
 - 1) **Całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego; trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których Ubezpieczony, zdaniem Komisji lekarskiej powołanej przez Ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
 - 2) **Komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez Ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie Świadczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
 - 3) **Ogólne warunki (OWU)** – Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”,
 - 4) **Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego** – niniejsze ogólne warunki, na podstawie których zawarto Umowę ubezpieczenia dodatkowego,
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie spełniające łącznie następujące przesłanki: nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego gwałtowne zdarzenie wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością Ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez Ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego,
 - 6) **Umowa ubezpieczenia dodatkowego** – umowa ubezpieczenia dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego zawarta pomiędzy Ubezpieczycielem a Ubezpieczającym na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego,
 - 7) **Umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta na podstawie Ogólnych warunków, o których mowa w pkt 3).

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 2

1. Na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego może zostać zawarta Umowa ubezpieczenia dodatkowego, wyłącznie w przypadku, gdy Ubezpieczający zawarł z Ubezpieczycielem Umowę ubezpieczenia, wybierając opcję uniwersalną.

2. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez Ubezpieczającego i Ubezpieczonego doręczonego Ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Umowy ubezpieczenia,
 - 2) najwcześniej na 90 dni i nie później niż na 30 dni przed Rocznicą polisy, od której Umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać, z zastrzeżeniem ust. 3, 4 i 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez Ubezpieczyciela.
3. Umowa ubezpieczenia dodatkowego zawierana jest na okres do dnia pierwszej Rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
4. Ubezpieczeniem w ramach Umowy ubezpieczenia dodatkowego może być objęta osoba, która w dniu doręczenia do Ubezpieczyciela wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia dodatkowego ukończyła 15 rok życia i nie ukończyła 55 lat.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 2, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi Ubezpieczyciel.
6. Zawarcie Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. Umowa ubezpieczenia dodatkowego może być zawarta wyłącznie, gdy Ubezpieczający jest jednocześnie Ubezpieczonym.

PRZEDMIOT I ZAKRES UMOWY UBEZPIECZENIA DODATKOWEGO

§ 3

1. Przedmiotem Umowy ubezpieczenia dodatkowego jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. W ramach Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejścia opłacania składek z tytułu Umowy ubezpieczenia w przypadku powstania Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego.

POCZĄTEK I KONIEC ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 4

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 8 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu powstania Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego, którego przyczyną jest Wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 8 OWU.
3. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego kończy się niezależnie od postanowień Umowy ubezpieczenia w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po dniu 65 urodzin Ubezpieczonego.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia dodatkowego na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia dodatkowego nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia.

OPLATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE

§ 5

1. Z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego Ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.

2. Wysokość opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu zawarcia Umowy ubezpieczenia dodatkowego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka przejścia opłacania składki w przypadku Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego i sumy Składek regularnych należnych za dany Rok polisowy.
3. Wskaźnik ryzyka przejścia opłacania składki w przypadku Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: stanu zdrowia Ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia Ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka przejścia opłacania składki w przypadku Całkowitego inwalidztwa Ubezpieczonego określony jest w Umowie ubezpieczenia.
5. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy Miesiąc polisowy zostaną umorzone według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia Składki regularnej na jednostki uczestnictwa.

ŚWIADCZENIE

§ 6

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego polega na przejściu opłacania Składki regularnej wynikającej z Umowy ubezpieczenia, począwszy od pierwszej Składki regularnej wymagalnej po dniu doręczenia Ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie Świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez Ubezpieczyciela tego wniosku, jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej Rocznic polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, Ubezpieczyciel spełnia na podstawie wniosku, doręzonego Ubezpieczycielowi oraz odpowiedniego orzeczenia Komisji lekarskiej, powołanej przez Ubezpieczyciela oraz dokumentów wskazanych przez Ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia zasadności świadczenia.
3. Składka regularna za okres od dnia złożenia wniosku o realizację Świadczenia przez Ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez Ubezpieczającego.
4. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 2 Składka regularna opłacana jest przez Ubezpieczyciela do dnia pierwszej Rocznic polisy przypadającej po dniu, w którym Ubezpieczony ukończy 65 rok życia. O niezdolności do pracy Ubezpieczonego orzeka Komisja lekarska Ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać Ubezpieczonego na Komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt Ubezpieczyciela lub wezwać Ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie Całkowitego inwalidztwa.
6. W przypadku odmowy Ubezpieczonego poddaniu się czynnościom, o których mowa w ust. 5, Ubezpieczyciel może wezwać Ubezpieczającego do podjęcia opłacania Składki regularnej:
 - 1) Ubezpieczyciel w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania Składki regularnej,
 - 2) w przypadku niepodjęcia w terminie wskazanym przez Ubezpieczyciela opłacania Składek regularnych przez Ubezpieczającego - postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
7. W przypadku zaakceptowania wniosku, zapłacona przez Ubezpieczającego Składka regularna za okres, o którym mowa w ust. 3, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka regularna podlega zwrotowi bez odsetek.
8. Do terminu, w którym Ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty Świadczenia.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

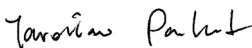
§ 7

1. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela z tytułu Umowy ubezpieczenia dodatkowego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem Ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się Ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez Ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez Ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem Ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ubezpieczonego, Uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) wystąpieniem u Ubezpieczonego chorób lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń zachowania, zaburzeń nerwicowych, leczenia uzależnień,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

Postanowienia końcowe

§ 8

1. Do Umów ubezpieczenia dodatkowego Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego zawieranych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego, mają zastosowanie postanowienia Ogólnych warunków, z zastrzeżeniem zmian wynikających z treści Ogólnych warunków ubezpieczenia dodatkowego.
2. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia dodatkowego, zostały zatwierdzone Uchwałą Nr 107/2013 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 14 maja 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 10 czerwca 2013 roku.



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



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

**ZASADY DZIAŁANIA FUNDUSZY I PLANÓW INWESTYCYJNYCH
ZAŁĄCZNIK DO
OGÓLNYCH WARUNKÓW UBEZPIECZENIA
INDYWIDUALNE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM
DIAMENTOWA PRZYSZŁOŚĆ**

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych (zwanymi dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w Umowach ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym DIAMENTOWA PRZYSZŁOŚĆ.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania Funduszy i Planów utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze Składek zgodnie z OWU.
3. W Zasadach stosuje się postanowienia OWU. Określenia, które zostały zdefiniowane w OWU używane są w Zasadach w takim samym znaczeniu.

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW

§ 2

1. Aktywa Funduszy i Planów są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
3. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze i Plany.
4. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu, Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o likwidacji Funduszu, Planu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu, Planu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek Funduszu, Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek Funduszu, Planu oznacza termin, od którego włącznie Ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu, Planu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu, Planu.
5. W okresie 3 miesięcy do daty likwidacji Funduszu, Planu Ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu do innego Funduszu, Planu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego Składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Fundusz, Plan.
6. W przypadku braku innych dyspozycji Ubezpieczającego do dnia likwidacji Funduszu, Planu, w ciągu 10-ciu dni roboczych licząc od daty likwidacji Funduszu, Planu, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu, Planu do Funduszu, Planu wskazanego w informacji o likwidacji Funduszu, Planu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się Ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące nie później niż w 10-tym dniu roboczym licząc od daty likwidacji Funduszu, Planu.
7. Transfer i zmiana podziału procentowego (alokacja), o którym mowa w ust. 5 – 6, nie zostanie uwzględniony w liczbie transferów i zmian podziału procentowego Składki będących podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego Składki.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o zmianie modelowej struktury aktywów Planu na co najmniej 3 miesiące przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia.

Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego Planu.

9. W przypadku braku możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki Funduszu, Planu objętego zleceniem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania nabycia jednostek Funduszu, Planu oraz transferu środków do Funduszu, Planu w przypadku zawieszenia zbywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki lokowane są aktywa tego Funduszu, Planu.
10. W przypadku braku możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez którykolwiek z funduszy inwestycyjnych, w który lokowane są środki Funduszu, Planu objętego zleceniem Ubezpieczającego, Ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania wykupów częściowych i wykupów całkowitych bądź transferu środków z danego Funduszu, Planu w przypadku zawieszenia odkupywania jednostek uczestnictwa funduszu inwestycyjnego, w którego jednostki lokowane są aktywa tego Funduszu, Planu.
11. Zlecenia, o których mowa w ust. 9 - 10 zostaną zrealizowane po przywróceniu możliwości ich realizacji zgodnie z trybem, w jakim fundusz inwestycyjny, w którym są lokowane środki Funduszu, Planu realizował będzie nabycia oraz umorzenia jednostek uczestnictwa.
12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej www.warta.pl o podjęciu decyzji, o których mowa w ust. 9 i 10 oraz zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.
13. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 14 oraz § 3 - 6 aktywa Funduszu są inwestowane w całości w jednostki uczestnictwa funduszu inwestycyjnego otwartego lub w całości w inne tytuły uczestnictwa, umarżane na żądanie, emitowane przez instytucję wspólnego inwestowania, mającą siedzibę na terytorium państwa członkowskiego Unii Europejskiej.
14. Aktywa Funduszu mogą być lokowane poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 23 kwietnia 2004 r. w sprawie zezwolenia ogólnego, udzielonym przez ministra właściwego do spraw instytucji finansowych w drodze rozporządzenia, na uznawanie za środki stanowiące pokrycie rezerw techniczno-ubezpieczeniowych aktywów znajdujących się poza granicami państw członkowskich Unii Europejskiej (Dz.U. 2004.94.910).
15. Charakterystykę aktywów otwartego funduszu inwestycyjnego, kryteria doboru jego aktywów oraz zasady ich dywersyfikacji i inne ograniczenia inwestycyjne określa statut funduszu inwestycyjnego otwartego, w którego jednostki uczestnictwa są lokowane aktywa Funduszu, a w przypadku innych tytułów uczestnictwa umarżanych na żądanie, emitowanych przez instytucję wspólnego inwestowania mającą siedzibę poza terytorium Polski – właściwe dokumenty regulujące organizację i funkcjonowanie takiej instytucji zgodnie z przepisami prawa dla niej właściwego.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY

§ 3

1. Celem Funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpieczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:

- 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0% do 50%,
 - 4) listy zastawne - od 0% do 30%,
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów,
 - 2) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyłeń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA AKTYWNY

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów,
 - 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

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

§ 6

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU DŁUŻNEGO AKTYWNEGO

§ 7

1. Celem Planu Dłużnego Aktywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.

2. Aktywa Planu Dłużnego Aktywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dłużnego Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dłużnego Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - 2) 70% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - 3) 0% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyłeń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Dłużnego Aktywnego w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 0% - 20%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dłużnego Aktywnego, przy czym charakterystyka Planu Dłużnego Aktywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU BEZPIECZNEGO AKTYWNEGO

§ 8

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU AKTYWNEJ ALOKACJI

§ 9

1. Celem Planu Aktywnej Alokacji jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Aktywnej Alokacji inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych.

3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Aktywnej Alokacji prowadzona jest na rachunek i ryzyko Ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Aktywnej Alokacji przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy pieniężnych,
 - 2) 40% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy dłużnych,
 - 3) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa funduszy akcyjnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyłeń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy pieniężnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Aktywnej Alokacji w jednostki funduszy dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%, a zaangażowanie w ramach Planu Alokacji w jednostki funduszy akcyjnych może zmieniać się w zakresie 0% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Aktywnej Alokacji, przy czym charakterystyka Planu Aktywnej Alokacji jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU AKCYJNEGO AKTYWNEGO

§ 10

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

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY, PLANÓW

§ 11

1. Zasady wyceny lokat Funduszy, Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z następujących przepisów prawnych: Ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. 2010.11.66), Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 28 grudnia 2009 r. w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń i zakładów reasekuracji (Dz.U. 2009.226.1825), Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 r. w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych (Dz.U. 2001.149.1674), Ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz.U. 2013.330), z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.

2. Lokaty, których ryzyko ponosi Ubezpieczający, są wyceniane przez Ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy i Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 12

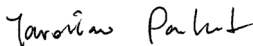
Oplaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy, Planów a także z ich przechowywaniem, oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające Ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy, Planów co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki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

§ 13

W sprawach nieuregulowanych w niniejszych Zasadach mają zastosowanie postanowienia OWU, na podstawie których Umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 14

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 108/2013 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 14 maja 2013 roku i wprowadzone w życie z dniem 10 czerwca 2013 roku.



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



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

Tabela Opłat i Limitów do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie z Ubezpieczeniowym Funduszem Kapitałowym „Diamentowa Przyszłość”

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹		Tryb pobierania
	Opcja uniwersalna	Opcja inwestycyjna	
Opłata dystrybucyjna	I Rok polisowy 90% II Rok polisowy 65% III Rok polisowy 20%	I Rok polisowy 50% II Rok polisowy 25% od III do V Roku polisowego 5% od VI do XIV Roku polisowego 4% od XV Roku polisowego 3%	Opłata jest ustalona procentowo i pobierana jest od wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej, poprzez umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, w dniu przeliczenia Składki regularnej i Składki dodatkowej na jednostki uczestnictwa według Ceny jednostki uczestnictwa, na podstawie której zostały nabyte jednostki uczestnictwa, wpłaconą Składkę regularną i Składkę dodatkową. Opłata dystrybucyjna od każdej wpłaconej Składki regularnej i Składki dodatkowej pobierana jest w całym okresie trwania Umowy ubezpieczenia
	od IV Roku polisowego 4%	1% w każdym roku polisowym	
Opłata administracyjna uzależniona od wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na Indywidualnym koncie inwestycyjnym wg stanu na pierwszy dzień Miesiąca polisowego (w zł)	- od I do XV Roku polisowego		Opłata dla każdego z Funduszy, Planów obliczana jest jako iloczyn stawki procentowej opłaty i wartości jednostek uczestnictwa danego Funduszu, Planu wg stanu na pierwszy dzień Miesiąca polisowego, z zastrzeżeniem że jeżeli pierwszy dzień danego Miesiąca polisowego przypada w okresie, gdy Ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej ziozonych przez Ubezpieczającego dyspozycji, to opłata jest obliczana według wartości jednostek uczestnictwa określonego Funduszu, Planu wg stanu na dzień zrealizowania wcześniej ziozonej przez Ubezpieczającego dyspozycji transferu. Opłata dla danego Funduszu, Planu pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa tego Funduszu, Planu z Indywidualnego konta inwestycyjnego o wartości odpowiadającej kwocie opłaty według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego, za który opłata jest należna.
	0 - 99 999,99	0,1583%	
	100 000 – 499 999,99	0,1188%	
	500 000 lub więcej	0,0792%	
Opłata polisowa	- od XVI Roku polisowego brak opłaty		Opłata pobierana jest za każdy Miesiąc polisowy, poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu Miesiąca polisowego za który opłata jest należna z zastrzeżeniem, że jednostki uczestnictwa na pokrycie opłaty za pierwszy Miesiąc polisowy zostaną umorzone według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu przeliczenia Składki regularnej na jednostki uczestnictwa.

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹	Tryb pobierania
<p>Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wykupu częściowego konta indywidualnego inwestycyjnego składek dodatkowych - Wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych - Wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego 	<p>50 PLN</p> <p>50 PLN</p> <p>250 PLN</p>	<p>Opłata pobierana jest poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych, podlegających wykupowi częściowemu.</p> <p>Opłata pobierana jest poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z Indywidualnego konta inwestycyjnego.</p>
<p>Opłata transakcyjna za przesłanie dodatkowej listownej informacji dotyczącej Umowy ubezpieczenia</p>	<p>15 PLN</p>	<p>Opłata pobierana jest każdorazowo w przypadku przesłania, na wniosek Ubezpieczającego, dodatkowej pisemnej informacji dotyczącej wartości Indywidualnego konta inwestycyjnego lub informacji dotyczących realizacji operacji na Indywidualnym koncie inwestycyjnym, do przekazania której Ubezpieczyciel nie jest zobligowany obowiązującymi przepisami prawa lub postanowieniami wynikającymi z OWU oraz kopii dokumentów dotyczących Umowy ubezpieczenia. Opłata pobierana jest poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich Funduszy i Planów, w których Ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na Indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.</p>
<p>Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 transferów w danym Roku polisowym oraz każdy transfer wykonany poprzez aplikację elektroniczną; - każdy kolejny transfer w danym Roku polisowym; 	<p>brak opłaty</p> <p>20 PLN</p>	<p>Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.</p>

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹	Tryb pobierania
<p>Oplata transakcyjna za zmianę podziału procentowego</p> <p>Składki regularnej lub Składki dodatkowej:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 6 zmian procentowych w Roku polisowym oraz każda zmiana procentowa wykonana poprzez aplikację elektroniczną; - każdy kolejna zmiana procentowa w danym Roku polisowym; 	<p>brak opłaty</p> <p>20 PLN</p>	<p>Oplata jest ustalona kwotowo i pobierana poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych odpowiednio za Składki regularne lub Składki dodatkowe, w zależności od tego, której z tych rodzajów składek zmiana podziału dotyczy, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie, według Ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 5 dniu roboczym licząc od dnia zrealizowania zlecenia.</p>
<p>Oplata za zarządzanie Funduszami:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Warta Bezpieczny - Warta Stabilnego Wzrostu - Warta Aktywny 	<p>nie więcej niż 1,25% w skali roku</p> <p>nie więcej niż 2,00% w skali roku</p> <p>nie więcej niż 2,30% w skali roku</p>	<p>Oplata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu i pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny.</p>

Rodzaj limitu		Wysokość limitu	
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK		Opcja uniwersalna	Opcja inwestycyjna
Składka regularna: - dla składki opłacanej z częstotliwością miesięczną - dla składki opłacanej z częstotliwością kwartalną - dla składki opłacanej z częstotliwością półroczną - dla składki opłacanej z częstotliwością roczną		125 zł 375 zł 750 zł 1500 zł	200 zł 600 zł 1200 zł 2400 zł
Składka dodatkowa:		1 000 zł	1 000 zł
Minimalna Gwarantowana suma ubezpieczenia		20 000 zł	Dla Opcji inwestycyjnej Gwarantowana suma Ubezpieczenia jest stała i wynosi 1 000 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi z Funduszu lub Planu:			100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu:			100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi częściowemu:			500 zł

Premia zasilająca Indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych, zgodnie z postanowieniami § 22 OWU

Opcja uniwersalna		Opcja inwestycyjna	
po 4 Roczniczy polisy - 10% Składki regularnej pierwszorocznej	po 3 Roczniczy polisy - 10% Składki regularnej pierwszorocznej		
po 8 Roczniczy polisy - 40% Składki regularnej pierwszorocznej	po 6 Roczniczy polisy - 10% Składki regularnej pierwszorocznej		
po 12 Roczniczy polisy - 150% Składki regularnej pierwszorocznej	po 9 Roczniczy polisy - 60% Składki regularnej pierwszorocznej		

OPLATA ZA RYZYKO UBEZPIECZENIOWE Z TYTUŁU ZGONU

Tabela rocznych opłat za ryzyko zgonu Ubezpieczonego

Wiek Ubezpieczonego	Wysokość opłaty	Wiek Ubezpieczonego	Wysokość opłaty	Wiek Ubezpieczonego	Wysokość opłaty
0	0,00799	35	0,00163	70	0,03610
1	0,00053	36	0,00181	71	0,03906
2	0,00037	37	0,00200	72	0,04231
3	0,00026	38	0,00223	73	0,04592
4	0,00022	39	0,00250	74	0,04998
5	0,00020	40	0,00280	75	0,05451
6	0,00018	41	0,00311	76	0,05955
7	0,00018	42	0,00346	77	0,06506
8	0,00019	43	0,00383	78	0,07116
9	0,00020	44	0,00422	79	0,07779
10	0,00019	45	0,00465	80	0,08493
11	0,00019	46	0,00512	81	0,09259
12	0,00019	47	0,00562	82	0,10058
13	0,00021	48	0,00617	83	0,10897
14	0,00025	49	0,00675	84	0,11789
15	0,00033	50	0,00736	85	0,12703
16	0,00043	51	0,00801	86	0,13774
17	0,00054	52	0,00869	87	0,14923
18	0,00065	53	0,00940	88	0,16153
19	0,00074	54	0,01016	89	0,17467
20	0,00079	55	0,01096	90	0,18868
21	0,00081	56	0,01180	91	0,20358
22	0,00082	57	0,01272	92	0,21939
23	0,00084	58	0,01372	93	0,23613
24	0,00086	59	0,01481	94	0,25380
25	0,00086	60	0,01600	95	0,27240
26	0,00088	61	0,01732	96	0,29193
27	0,00092	62	0,01876	97	0,31237
28	0,00097	63	0,02034	98	0,33370
29	0,00105	64	0,02208	99	0,35589
30	0,00112	65	0,02399	100	0,37889
31	0,00120	66	0,02609	101	1,00000
32	0,00128	67	0,02835		
33	0,00138	68	0,03078		
34	0,00150	69	0,03336		

W powyższej tabeli podany jest roczna opłata za ryzyko zgonu za każde 1zł sumy na ryzyku, o której mowa w § 18 ust.9 Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu Ubezpieczonego równa jest kwocie opłaty właściwej dla aktualnego wieku z powyższej tabeli w pierwszym dniu Miesiąca polisowego.

¹ Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego indeksacji o publikowany przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, o ile wskaźnik ten przekroczy 0,5%.

Niniejsza Tabela opłat i limitów została zatwierdzona Uchwałą nr 106/2013 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 14maja 2013 roku i wprowadzona w życie z dniem 10 czerwca 2013 roku.

Jarosław Parkot

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



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

