

Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne DIAMENTOWA STRATEGIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne DIAMENTOWA STRATEGIA Ogólne Warunki Ubezpieczenia	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	5
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
5. Składka	5
6. Zawieszenie opłacania składek regularnych	6
7. Indeksacja.....	7
8. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	8
9. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
10. Ubezpieczenie bezskładkowe	10
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
12. Fundusze i Plany	11
13. Aktywa Funduszy i Planów, opłaty	12
14. Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa	13
15. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	13
16. Wykup ubezpieczenia	16
17. Postanowienia końcowe	16
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	18
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	21
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	25
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	30
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	34
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne	39
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	45
IX. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	54
X. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	56
XI. Katalog Operacji WARTA	60
XII. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	63
XIII. Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego DIAMENTOWA STRATEGIA	73

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie "WARTA" Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą 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,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 7) **górnym limit sumy ubezpieczenia** – maksymalną sumę ubezpieczenia, obliczoną przy uwzględnieniu wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej, wieku ubezpieczonego, zakresu ochrony, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka, określoną w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia; każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; w przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego,
 - 10) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 11) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 12) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 13) **składka regularna** – składkę płatną w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia,
 - 14) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość jednorazowej

- wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4,
- 15) **alokacja składki** – procent, określający jaką część składki regularnej i składki doraźnej przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
 - 16) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
 - 17) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
 - 18) **wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
 - 19) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 26,
 - 20) **wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
 - 21) **dotatkowa wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki doraźne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
 - 22) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
 - 23) **minimalna wartość polisy** – kwotę ustaloną przez ubezpieczyciela, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4,
 - 24) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu i Planu Inwestycyjnego,
 - 25) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie ubezpieczenia pomniejszonej o wartość polisy i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku, gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0,
 - 26) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 27) **Plan Inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Plan Inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest na podstawie: wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości i częstotliwości płatności składki regularnej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
2. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu i potwierdzana w polisie.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 60 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej 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.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. Składka regularna może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie

- zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki 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 składka regularna jest należna.
 5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
 6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek regularnych należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
 7. Jeżeli w dodatkowym terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu ubezpieczający nie wpłaci zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 6:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła w okresie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu wskazanego w wezwaniu ubezpieczyciela,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia:
 - a) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, z upływem terminu wskazanego w wezwaniu ubezpieczyciela, pod warunkiem iż wartość polisy liczona wg stanu na ostatni dzień, za który składka regularna była opłacona przekracza minimalną wartość polisy,
 - b) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu określonego w wezwaniu ubezpieczyciela, w przypadku gdy wartość polisy wg stanu na ostatni dzień, za który składka regularna była opłacona nie przekracza minimalnej wartości polisy.
 8. W przypadku określonym w ust. 7 pkt 2) ppkt b) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu, na zasadach określonych w § 26. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela.
 9. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 6 w wysokości odsetek ustawowych.

ZAWIESZENIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 6

1. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych przez okres co najwyżej 12 miesięcy licząc od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku.
2. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest po upływie 5 lat licząc od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
3. W okresie zawieszenia opłacania składek regularnych zawieszeniu ulega odpowiedzialność z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa

Ubezpieczonego w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego w okresie zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym.

4. Zawieszenie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa w § 18.
5. Wznowienie opłacania składek regularnych przed upływem okresu na jaki zawieszono ich opłacanie możliwe jest tylko po wcześniejszym doręczeniu odpowiedniego wniosku do ubezpieczyciela.
6. Wznowienie opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 5, następuje z kolejnym terminem płatności składki regularnej przypadającym po dniu doręczenia do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku.
7. Jeżeli ubezpieczający nie wznowi opłacania składek regularnych po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 1, to zastosowanie mają postanowienia § 5 dotyczące nieopłacenia składki regularnej przez ubezpieczającego zgodnie z warunkami umowy ubezpieczenia.

INDEKSACJA

§ 7

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 składka regularna podlega w każdą rocznicę polisy indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki regularnej, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.
3. W związku z podwyższeniem składki regularnej w wyniku indeksacji odpowiedniemu podwyższeniu ulegają suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki regularnej, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna, suma ubezpieczenia i górny limit sumy ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, wysokość składki regularnej, sumy ubezpieczenia i górnego limitu sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki regularnej z tytułu umowy, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki regularnej, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki regularnej od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i 5 składka regularna nie podlega indeksacji w czasie

zawieszenia opłacania składek regularnych oraz w razie przejścia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego.

8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki regularnej w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez ubezpieczyciela.

§ 9

1. Niezależnie od indeksacji, ubezpieczający ma prawo złożyć wnioszek o podwyższenie sumy ubezpieczenia:
 - 1) na 60 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) na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy pod warunkiem dostarczenia dokumentów niezbędnych do oceny ryzyka i pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczyciela.
2. Podwyższona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 1, nie może być wyższa niż górny limit sumy ubezpieczenia.
3. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 2), ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczający.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), możliwe jest jedynie trzy razy w trakcie trwania umowy ubezpieczenia, za każdym razem maksymalnie o 30%, wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych oraz przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa ust. 1, nie może być niższe niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć wnioszek o obniżenie sumy ubezpieczenia na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy, pod warunkiem wyrażenia zgody przez ubezpieczyciela.
7. Obniżona suma ubezpieczenia, o której mowa ust. 6, nie może być niższa niż dolny limit sumy ubezpieczenia ustalony przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia.
8. Obniżenie sumy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 6, możliwe jest jedynie w rocznicę polisy, wyłączając okres zawieszenia opłacania składek regularnych oraz przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 10

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.
3. Z dniem określonym w ust. 2 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 11

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach, określonych w § 5 ust. 7,
- 4) zgonu ubezpieczonego, z następnym dniem po dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia z tego tytułu,
- 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 26 – następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia,
- 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego, jeżeli wypada on po upływie pierwszych 10 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
- 7) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego, jeżeli:
 - a) ubezpieczający skorzystał lub aktualnie korzysta z prawa do zawieszenia opłacania składek regularnych, lub
 - b) umowa ubezpieczenia przekształcona została w ubezpieczenie bezskładkowe.

§ 12

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn:
 - 1) przed upływem pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia – z miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego;
 - 2) po upływie 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia – ze skutkiem w następnym dniu po doręczeniu do ubezpieczyciela wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 13

1. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki pomniejszonej o opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe proporcjonalnie za wykorzystany okres ubezpieczenia.
2. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel nie zwraca składki, a dokonuje wykupu ubezpieczenia, pod warunkiem, że nie zaszło zdarzenie, z tytułu którego ubezpieczyciel zobowiązany jest wypłacić świadczenie. Kwotę z tytułu wykupu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca na podstawie wniosku ubezpieczającego złożonego do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 26, z zastrzeżeniem iż przy ustalaniu wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującą w dniu rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Wypowiedzenie umowy ubezpieczenia nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki regularnej za okres udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
4. Ubezpieczającemu, który wypowiedział umowę ubezpieczenia przysługuje zwrot opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 14

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe po upływie dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz gdy wartość polisy, obliczana przy uwzględnieniu ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej następnego dnia po złożeniu wniosku, równa jest co najmniej minimalnej wartości polisy.
2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w pierwszym dniu kolejnego miesiąca polisowego następującego po dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i 2 umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 5 ust. 7 pkt 2) ppkt a), 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) począwszy od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) suma ubezpieczenia ulega zmianie i jest równa wartości polisy aktualnej na dzień zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5,
 - b) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia,
 - c) nie ma możliwości dokonania indeksacji składki regularnej i podwyższenia sumy ubezpieczenia.
5. Przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe przy zachowaniu sumy ubezpieczenia w dotychczasowej wysokości jest możliwe wyłącznie na wniosek ubezpieczającego.
6. W trakcie trwania ubezpieczenia bezskładkowego ubezpieczający ma prawo wplacać składki doraźne.
7. W przypadku przekształcenia, o którym mowa w ust. 5, zakres ochrony ubezpieczeniowej zostaje zachowany, wyłączając dodatkową umowę ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego.
8. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, ubezpieczający może przekształcić ubezpieczenie bezskładkowe w umowę ubezpieczenia składkowego wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

- 6) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 26.

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 który inwestowane będą składki regularne i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek regularnych i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne i składki doraźne, z zastrzeżeniem § 17.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne.

§ 17

1. Składki regularne oraz składki doraźne w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach i Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%. Alokacja składki regularnej wynosi: w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia – 30%, w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia – 95%, natomiast w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia – 96%. Pozostała część składki regularnej, ponad wskazany poziom alokacji, nie jest lokowana w Funduszach i Planach. Alokacja składki doraźnej wynosi 100% w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel może uzależnić wysokość alokacji od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez ubezpieczyciela – w takim przypadku wysokość alokacji ustalana jest w umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy lub Planów, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel lokuje składki w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający w dowolnym terminie może dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach i Planach.
4. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez ubezpieczyciela.
5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu lub Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną

- o opłatę ubezpieczyciela, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu lub Planie, do którego transfer jest dokonywany.
7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
 8. Ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu, w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.
 9. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.

AKTYWA FUNDUSZY I PLANÓW, OPŁATY

§ 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 doraźnych oraz przychodów z lokat środków Funduszu i Planu.
4. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 21 i § 26, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe (w tym również z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia - w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia), opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami.
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe naliczana jest i pobierana za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
7. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
8. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.
9. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie.
10. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami i Planami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowiących załącznik do OWU.
11. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i 10 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.
12. W przypadku, gdy w ciągu pierwszych 10 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w ust. 5 i 10, to nie pokryta część opłat zostanie pobrana w najbliższym dniu, kiedy wartość polisy stanie się dodatnia w związku z nabyciem nowych jednostek uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 13.
13. Jeżeli ubezpieczający skorzystał lub korzysta z prawa do zawieszenia opłacania składek

regularnych lub umowa ubezpieczenia uległa przekształceniu w umowę bezskładkową, a wartość polisy jest niewystarczająca na pokrycie opłat, o których mowa w ust. 5 i 10, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

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 zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu bądź Planu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez ubezpieczyciela w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
5. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu:
 - 1) składki regularnej na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak nie wcześniej niż w następnym dniu, po dniu należności składki regularnej, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia lub
 - 2) składki doraźnej na rachunek ubezpieczyciela.
6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 20

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 21 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 22 ust. 10.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 25 ust. 3.
3. 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.

§ 21

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie równe

większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego albo wartości polisy. Ponadto ubezpieczyciel wypłaca dodatkową wartość polisy.

2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 22 ust. 3.

§ 22

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 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. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym. W przypadku wypłaty świadczenia w formie świadczenia rentowego, o którym mowa w § 23, dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa powyżej, jest dzień zapłaty składki przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia rentowego.
6. 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 pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
9. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie

umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki regularnej jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki regularnej jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego.

10. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek regularnych wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą

§ 23

1. Świadczenia z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia mogą być wypłacane, na pisemny wniosek uprawnionego w formie dożywotniego świadczenia rentowego z gwarantowanym okresem wypłat, na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia rentowego obowiązujących w dniu złożenia wniosku o wypłatę świadczenia lub wykupu, z zastrzeżeniem ust. 3 i 4.
2. Świadczenie rentowe w zależności od wyboru może być wypłacane miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Świadczenie lub wartość wykupu, o których mowa w ust. 1, mogą być wypłacone w formie renty jeżeli ich wysokość przypadająca na danego uprawnionego jest nie mniejsza niż kwota określona w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
4. Świadczenie z tytułu umowy ubezpieczenia lub wartość wykupu mogą być wypłacane w formie renty, jeżeli osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia lub wykupu ukończyła 35 lat i nie ukończyła 71 lat.

§ 24

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela 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 § 25 ust. 3 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 25

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 ubezpieczyciela; 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.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 26

1. W okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia wartość wykupu równa jest dodatkowej wartości polisy pomniejszonej o opłatę likwidacyjną. Wysokość opłaty likwidacyjnej określona jest w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.
2. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek regularnych wymagalnych w okresie, o którym mowa powyżej, wartość wykupu równa jest sumie wartości polisy i dodatkowej wartości polisy pomniejszonej o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać całkowitego wykupu po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać częściowego wykupu w wysokości nie większej niż dodatkowa wartość polisy i nie częściej niż raz w roku polisowym. Częściowy wykup powoduje odpowiednie zmniejszenie dodatkowej wartości polisy. Wartość wypłaty z tytułu częściowego wykupu pomniejszana jest o opłatę likwidacyjną, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.
5. Przy ustalaniu wartości wykupu i wartości częściowego wykupu ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do ubezpieczyciela wniosku o wykup lub częściowy wykup.
6. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 7.
7. Kwotę z tytułu wykupu i częściowego wykupu ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu w ciągu 30 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia. W przypadku wypłaty kwoty wykupu w formie świadczenia rentowego, o którym mowa w § 23, dniem wypłaty kwoty wykupu jest dzień zapłaty składki przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia rentowego.
8. Kwota częściowego wykupu, o której mowa w ust. 4 i 5, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 4.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27

O zaiscieniu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony powinien niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela.

§ 28

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się

wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.

3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 29

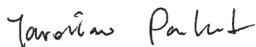
1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowią załącznik do OWU.
4. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
5. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 30

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.

§ 31

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 7, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
7. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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 zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

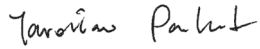
1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 1, jest osoba wymieniona w OWU.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) 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, wyłączaając 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) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3, 4 pkt 3) i ust. 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 5 lat:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, pięcioletni okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem pkt 3),
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy, w której przedłużeniu ulec może dodatkowa umowa ubezpieczenia,

- 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1 ani oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 4.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania i wysokości świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
3. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania równy jest, w zależności od wyboru opisanego w § 3 ust. 2, wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań lub wskaźnikowi ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań.
4. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań oraz wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań obliczane są na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
5. Wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania z katalogu poważnych zachorowań albo odpowiednio wskaźnik ryzyka wystąpienia u ubezpieczonego poważnego

zachorowania z rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań określony jest w umowie ubezpieczenia.

6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania ubezpieczyciel nie pobiera opłaty za dane ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i 4.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - 2) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 2 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u ubezpieczonego (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
4. Okres 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w zależności od wyboru ubezpieczającego wynosi 30%, 50%, 75% lub 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, zgodnie z umową ubezpieczenia z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 zł.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, który pozostaje w związku przyczynowo-skutkowym z poważnym zachorowaniem, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
6. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.

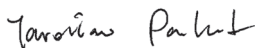
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8,
 - 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 współdziałaniu lub za ich namową,
 - 9) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
8. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 7 pkt 5) nie mają zastosowania.
9. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 20 OWU.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanymi dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 4) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 5) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, złożonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 i 7, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 7.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania

umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
7. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i sumy ubezpieczenia.
3. Wskaźnik ryzyka powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku 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 powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku określony jest w umowie ubezpieczenia.
5. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel nie pobiera opłaty za dane ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w umowie ubezpieczenia - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku ubezpieczony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Uprawnionym, o którym mowa w ust. 1 jest ubezpieczony.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

Lp.	ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ	Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	utrata jednego ramienia	70	65
2.	utrata jednego przedramienia	60	50
3.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	
5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
6.	utrata palucha	5	
7.	utrata palca innego niż paluch	2	
Głowa:			
1.	utrata szczęki dolnej	50	
2.	utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - 1) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności,
 - 2) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - 3) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - 4) dłoń – palce i śródreczę,
 - 5) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - 6) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami 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) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) 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,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) 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,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 12) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, 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** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 3 i 4, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
3. Ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ukończyła 55 lat.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
8. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejścia opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia 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

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejściu opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku, jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
2. W czasie przejścia obowiązku opłacania składek, o których mowa w ust. 1, ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności oraz nie pobiera opłat za ryzyko z tytułu: dodatkowej umowy ubezpieczenia, dzienne świadczenie szpitalne, dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego oraz dodatkowej umowy ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel spełnia na podstawie kompletnego wniosku, doręczonego ubezpieczycielowi oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.

4. Składka regularna za okres od dnia złożenia wniosku o realizację świadczenia przez ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
5. W przypadku zaakceptowania wniosku, zapłacona przez ubezpieczającego składka regularna za okres, o którym mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka regularna podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Do terminu, w którym ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty świadczenia.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 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) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w § 6 ust. 1:
 - 1) składka regularna opłacana jest przez ubezpieczyciela do czasu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego (tj. do czasu, gdy w opinii ubezpieczyciela ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy), jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia,
 - 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, o której mowa w pkt 1), ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składki regularnej,
 - 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego orzeka komisja lekarska ubezpieczyciela.

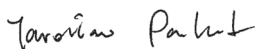
2. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie inwalidztwa.
3. W przypadku odmowy ubezpieczonego poddaniu się czynnościom, o których mowa w ust. 2, 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.

§ 8

W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek,
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 5) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **katalog operacji** – „Katalog Operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 8) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 10) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 3), ust. 4 i 5, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1 ani oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 2.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.
2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka operacji ubezpieczonego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka operacji ubezpieczonego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przeprowadzenia operacji, której przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.
5. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 7

Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) 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,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) 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,

- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddaniem się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu,
 - 17) operacjami przeprowadzanymi w celach diagnostycznych (np. biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobnymi zabiegami chirurgicznymi nie wymagającymi hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
 - 18) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyтови w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji, który według wiedzy medycznej odpowiada poziomowi trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który ubezpieczony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia

podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.

3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 11

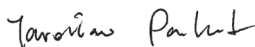
1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanych dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach § 10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** – kwotę stanowiącą podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 3 pkt 3), ust. 5 i 6, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.

2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru wysokości świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, przewidzianej w jednym z niżej wymienionych wariantów, na zasadach określonych w § 12:
 - 1) Wariant I,
 - 2) Wariant II.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed rocznicą polisy,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 roku życia.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, a w przypadku gdy dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – pod warunkiem, że nie ukończył 60 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1 ani oświadczenia, o którym mowa w § 3 ust. 3.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe.

2. Wysokość opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego i kwoty bazowej.
3. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego obliczany jest na podstawie: aktualnego wieku ubezpieczonego, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Wskaźnik ryzyka dziennego świadczenia szpitalnego określony jest w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.
4. Okres 90 dni, o którym mowa w ust. 2, nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem

- ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.
 3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel wypłaci oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dzienne świadczenie rehabilitacyjne; dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
 4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
 5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dzienne świadczenie rehabilitacyjne.
 6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 11

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z poniższej tabeli, z zastrzeżeniem postanowień określonych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia:

Lp.	Nazwa świadczenia	Stawka dziennego świadczenia w % kwoty bazowej	
		Wariant I	Wariant II
1.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba	0,5	1
2.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek	1	2
3.	Świadczenie rehabilitacyjne	0,25	0,5
4.	Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM	1,25	2,5

3. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) 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,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) 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,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym,
- 17) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 15

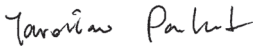
1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania na wniosek, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 17

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne, zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA (zwanych dalej OWU).

§ 2

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

- 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na polisie,
- 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w pkt 3) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w pkt 11). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w ppkt a) do e),
- 3) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **lekarz uprawniony** – lekarza konsultanta centrum operacyjnego,
- 6) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie,
- 7) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU,
- 9) **choroba przewlekła** – chorobę o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczoną oraz chorobę będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje,
- 10) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania,
- 11) **nieszczęśliwy wypadek** – gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
- 12) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,

- 13) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 2) nie ukończyło 18 roku życia,
- 14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach,
- 15) **osoba niesamodzielna** – osobę zamieszkujejącą w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki,
- 16) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczoną przez ubezpieczonego do opieki osobę zamieszkałą na terytorium Polski; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi,
- 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu,
- 18) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia 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) na 60 dni przed rocznicą polisy z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 3) i ust. 4, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 65 lat a w przypadku gdy dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w trakcie trwania umowy ubezpieczenia – pod warunkiem, że nie ukończył 65 roku życia przed rocznicą polisy, od której dodatkowa umowa ubezpieczenia ma być włączona.
5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1.
6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
7. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9.

9. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 65 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 8 ani oświadczenia, o którym mowa w ust. 2.
10. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 8, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
11. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 8, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe, w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe, o której mowa w ust. 1, naliczana jest i pobierana na zasadach określonych w OWU.
3. W propozycji, o której mowa w § 3 ust. 8, ubezpieczyciel podaje nową wysokość opłaty ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość opłaty ubezpieczeniowej obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Przedmiotem ubezpieczenia w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 7.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 7 niniejszych Warunków, jest ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego.

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 pkt 2),

- 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli nr 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa,
- 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej Tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

Lp.	Zakres świadczeń
1	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego do placówki medycznej
2	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej
3	Organizacja i pokrycie kosztów transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca zamieszkania
4	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej
5	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki
6	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków i sprzętu rehabilitacyjnego
7	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji
8	Organizacja i pokrycie kosztów całodobowej opieki pielęgniarki w szpitalu
9	Organizacja i pokrycie kosztów przewozu dzieci/osób niesamodzielnych
10	Organizacja i pokrycie kosztów przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	Zdrowotne usługi informacyjne

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
 - 1) Transport medyczny
 - a) **transport medyczny do placówki medycznej** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza centrum operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,

- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza centrum operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza centrum operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
- Wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.
- 2) **Wizyta lekarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 3) **Wizyta pielęgniarki** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego. Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 4) **Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.
- 5) **Opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.

- 6) **Całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu** – w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagającego co najmniej 7 dniowego pobytu w szpitalu, wymagającego całodobowego nadzoru pielęgniarki ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w łącznym limicie 1 000 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 7) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** – jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) **przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi** w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) lub **przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - c) **opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 7) wyłącznie wtedy, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.
4. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1 600 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.
7. Limity kosztów określonych w ust. 3 i 5. odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
8. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego.
 - 1) informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - 2) informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - 3) informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
 - 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,

- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6,
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) zatruciem/działaniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych wyłączaając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy - kodeks karny,
 - f) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka 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,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - k) chorób przewlekłych,
 - 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

- Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
- Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - nr PESEL ubezpieczonego,
 - imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - adres zamieszkania,
 - numer polisy,
 - krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
- Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
- Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.
- W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypełnią obowiązków określonych w ustępach powyższych ubezpieczyciel ma prawo odmówić spełnienia świadczenia.
- W wyjątkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego lub działania siły wyższej ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym i w związku z tym sami ponieśli koszty świadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), ubezpieczyciel zwróci ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego poniesione przez nich koszty. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy medycznej oraz oryginały rachunków i oryginały dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 7 ust. 3 pkt 1) - 3), przy czym dodatkowo ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości, jaką poniósłby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
- Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 pkt 2).

§ 10

- Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej

umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.


3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.


PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 186/2005 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - 1) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - 2) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - 3) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - 4) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - 5) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz jednoczasową utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

ŚLEPOTA

§ 10

Za ślepotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepotą nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za głuchotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§ 12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za oparzenia uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za łagodny guz mózgu uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny. Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

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

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

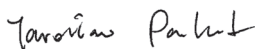
§ 17

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) – zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie będące następstwem uzasadnionej medycznie transfuzji krwi, przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi), potwierdzone w dostępnej dokumentacji medycznej,
- 2) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 23/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna z dnia 1 lutego 2011 roku.



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



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

Katalog Operacji WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)
- c) usunięcie zmiany skóry, tkanki podskórnej (1)
- d) usunięcie zmian w obrębie sutka (2)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) operacje żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (3)
 - całkowita resekcja żołądka (4)
 - operacja wrzodu żołądka, dwunastnicy (3)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt 11c)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (2)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

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

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (2)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - operacje zatok (2)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (1)

6. OPERACJE W OBRĘBIE JAMY USTNEJ I KRTANI

- a) operacja migdałków podniebiennych (1)
- b) operacje ślinianek (2)
- c) usunięcie zmiany w obrębie krtani (1)

7. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

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

8. OPERACJE MIĘŚNI, ŚCIEGIEN, WIĘZADEŁ (2)

9. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

10. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

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

11. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył (2)
- c) żyłaki odbytu (1)

12. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

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

13. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (2)

14. OPERACJE TARCZYCY (4)

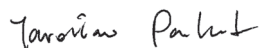
15. PRZESZCZEPY

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

16. OPERACJE Z ZASTOSOWANIEM TECHNIK LASEROWYCH (1)

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

Niniejszy Katalog Operacji WARTA został zatwierdzony Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzony w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

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

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW INWESTYCYJNYCH

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany Inwestycyjne (zwane dalej Planami), stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planu część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze i Plany.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu, Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie 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) nabyć jednostek Funduszu, Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu, Planu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu, Planu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, o którym mowa powyżej.
9. W okresie trzech 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. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.
10. Z dniem likwidacji Funduszu, Planu, w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu, Planu do Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu, Planu strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

11. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie 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.

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.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

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 odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 - 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU 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 odchy­leń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNY

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Stabilny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.

4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Stabilny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Stabilny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNY

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Dynamiczny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Dynamiczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego
3. Aktywa Funduszu KBC Dynamiczny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
4. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty inwestuje w instrumenty dłużne, instrumenty rynku pieniężnego oraz w akcje. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów Funduszu KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty przedstawia się w sposób następujący: 75% wartości aktywów jest lokowanych w akcje, 25% w instrumenty dłużne i rynku pieniężnego przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 20% aktywów.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Dynamiczny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Dynamiczny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty, wskazaną w ust. 4.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PIENIĘŻNY

§ 9

1. Celem Funduszu KBC Pieniężny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Pieniężny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny lokowane są głównie w instrumenty finansowe rynku pieniężnego (przede wszystkim bony skarbowe i obligacje), których okres do terminu wykupu lub okres odsetkowy jest nie dłuższy niż rok – do 100%, nie mniej niż 70% aktywów funduszu.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Pieniężny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Pieniężny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKTYWNY

§ 10

1. Celem Funduszu KBC Aktywny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Aktywa Funduszu KBC Aktywny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny lokowane są głównie w:
 - 1) akcje – od 30% do 70% wartości aktywów funduszu,
 - 2) dłużne papiery wartościowe – do 70% wartości aktywów funduszu.
4. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Aktywny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Aktywny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Aktywny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCYJNY

§ 11

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcyjny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.
2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcyjny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa Funduszu KBC Akcyjny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
4. KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny inwestuje w akcje oraz krótkoterminowe papiery dłużne. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny przedstawia się w sposób następujący: do 100% wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 75% wartości aktywów netto funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcyjny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcyjny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny, wskazaną w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCJI MAŁYCH I ŚREDNICH SPÓŁEK

§ 12

1. Celem inwestycyjnym Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu dokonywanych w papiery wartościowe i inne prawa majątkowe.

2. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
3. Aktywa KBC Akcji Małych i Średnich Spółek inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek.
4. KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek inwestuje w akcje, głównie małych i średnich spółek charakteryzujących się dobrą sytuacją fundamentalną lub silnym niedowartościowaniem oraz w inne papiery wartościowe między innymi dłużne instrumenty finansowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski i inne podmioty o wysokiej według oceny funduszu zdolności kredytowej oraz inne instrumenty finansowe lub instrumenty rynku pieniężnego. Dzięki swojej strategii inwestycyjnej fundusz pozwala osiągać ponadprzeciętne zyski w zamian za akceptację wyższego ryzyka inwestycyjnego. Fundusz prowadzi politykę inwestycyjną, która ma charakter agresywny, związany z lokowaniem przeważającej części aktywów w akcje.
5. Modelowa struktura aktywów KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji małych i średnich spółek przedstawia się w sposób następujący: do 100% wartości aktywów lokowanych jest w akcje, przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje nie może być mniejsza niż 70% wartości aktywów netto funduszu oraz udział akcji małych i średnich spółek nie może być niższy niż 60% wartości aktywów netto funduszu.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek jest analiza fundamentalna oraz ocena trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 3, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Akcji Małych i Średnich Spółek jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcji Małych i Średnich Spółek, wskazaną w ust. 4 i 5.

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

§ 13

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowanych 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 DEFENSYWNEGO

§ 14

1. Celem Planu Defensywnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Defensywnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych i dłużnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny i KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.

3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Defensywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Defensywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 10% - 100%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Defensywnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 90%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Defensywnego, przy czym charakterystyka Planu Defensywnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU STABILNEGO

§ 15

1. Celem Planu Stabilnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Stabilnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Stabilnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Stabilnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 35% - 85%, a zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 15% - 45%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Stabilnego, przy czym charakterystyka Planu Stabilnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 16

1. Celem Planu Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Zrównoważonego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Zrównoważonego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 45% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 50% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 20% - 70%, a zaangażowanie w ramach Planu Zrównoważonego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 30% - 70%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Planu Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU DYNAMICZNEGO

§ 17

1. Celem Planu Dynamicznego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Dynamicznego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 20% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 75% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.

5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, a zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 50% - 100%.
6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dynamicznego, przy czym charakterystyka Planu Dynamicznego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY I PLANÓW

§ 18

1. Zasady wyceny lokat Funduszy i Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez 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.

§ 19

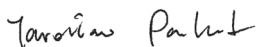
Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów Funduszy i Planów, a także z ich przechowywaniem oraz ewentualne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczającego, rozliczane są w ciężar aktywów Funduszy i Planów, co znajduje odzwierciedlenie w wartości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

§ 20

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Zasadami mają zastosowanie postanowienia OWU, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 21

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 204/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Uniwersalnego zwanego również DIAMENTOWĄ STRATEGIĄ (obowiązująca od dnia 01 maja 2012 r.)

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹	Tryb pobierania
1. Administracyjna	6,28 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych za składki regularne o wartości odpowiadającej kwocie opłaty.
2. Transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
3. Zmiana podziału procentowego - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych odpowiednio za składki regularne lub składki doraźne, w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana podziału dotyczy o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu bądź Planie.
4. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia jednostek uczestnictwa nabytych za składki doraźne w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia	0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu lub wykupu częściowego.
5. Opłata z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	3 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy zgodnie z § 18 OWU.

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK Regularna składka	Miesięcznie Kwartalnie Półrocznie Rocznie Płatna w dowolnym terminie
Doraźna składka	
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu bądź Planu, z którego dokonano transferu	200 zł
Minimalna kwota wykupu częściowego	350 zł
Minimalna wartość polisy	600 zł
	500 zł
	100 zł
	100 zł
	500 zł
	2 000 zł

Minimalna kwota, o którą można podwyższyć sumę ubezpieczenia	5 000 zł*
Minimalna wartość świadczenia lub wykupu, które mogą być wypłacone w formie renty	20 000 zł

* W przypadku, gdy suma ubezpieczenia podwyższona o 5 000 zł przekracza górny limit sumy ubezpieczenia, podwyższenie może być dokonane jedynie do wysokości górnego limitu sumy ubezpieczenia. W przypadku podwyższenia, o którym mowa w § 9 ust. 1 pkt 1) OWU, jeżeli 30% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem stanowi kwotę niższą niż 5 000 zł, to podwyższenie może być dokonane jedynie do niższej z kwot: 130% sumy ubezpieczenia przed podwyższeniem oraz górny limit sumy ubezpieczenia.

† 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 corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny:

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

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 61/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzona w życie z dniem 1 maja 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Wskaźniki ryzyka zgonu ubezpieczonego
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Uniwersalne
zwane również DIAMENTOWA STRATEGIA

Tabela miesięcznych wskaźników ryzyka zgonu ubezpieczonego

Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego
15	0,000028	44	0,000359	73	0,003902
16	0,000037	45	0,000395	74	0,004246
17	0,000046	46	0,000435	75	0,004631
18	0,000055	47	0,000478	76	0,005058
19	0,000063	48	0,000524	77	0,005527
20	0,000067	49	0,000573	78	0,006045
21	0,000068	50	0,000626	79	0,006608
22	0,000069	51	0,000680	80	0,007214
23	0,000071	52	0,000738	81	0,007866
24	0,000073	53	0,000798	82	0,008544
25	0,000073	54	0,000863	83	0,009258
26	0,000074	55	0,000931	84	0,010015
27	0,000078	56	0,001003	85	0,010792
28	0,000083	57	0,001081	86	0,011701
29	0,000089	58	0,001165	87	0,012678
30	0,000095	59	0,001258	88	0,013722
31	0,000102	60	0,001359	89	0,014838
32	0,000109	61	0,001472	90	0,016028
33	0,000118	62	0,001594	91	0,017294
34	0,000127	63	0,001728	92	0,018638
35	0,000138	64	0,001876	93	0,020059
36	0,000153	65	0,002038	94	0,021561
37	0,000170	66	0,002217	95	0,023141
38	0,000190	67	0,002408	96	0,024800
39	0,000213	68	0,002615	97	0,026537
40	0,000238	69	0,002833	98	0,028348
41	0,000264	70	0,003067	99	0,030233
42	0,000293	71	0,003318	100	0,032188
43	0,000325	72	0,003594	101	0,083333

W powyższej tabeli podany jest miesięczny koszt ubezpieczenia na życie za każde 1 zł sumy ryzyka. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego właściwego dla aktualnego wieku z powyższej tabeli i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.

Niniejsze Wskaźniki ryzyka zgonu ubezpieczonego zostały zatwierdzone Uchwałą nr 237/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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

Paweł Bednarek

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