

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z **ubezpieczającymi**, którzy występują z grupowego ubezpieczenia na życie zawartego z zakładem ubezpieczeń.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **Wariant ubezpieczenia** – jeden z dwóch WARIANTÓW umowy ubezpieczenia zawieranej na podstawie OWU,
 - 2) **siedziba zakładu ubezpieczeń** – siedzibę centrali Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. w Warszawie.
3. Osoby o których mowa w ust. 1 mogą występować o indywidualne kontynuowanie ubezpieczenia na warunkach określonych w Warunkach Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA Wariant 1 lub Wariant 2, w zależności od wariantu kontynuacji wynikającego z zakresu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej na rzecz danego ubezpieczonego, według stanu na pierwszy dzień miesiąca, w którym następuje wystąpienie ubezpieczonego z ubezpieczenia grupowego na życie z zastrzeżeniem postanowień § 23 ust. 2 i 3 Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie EKSTRAKONTYNUACJA „Wariant1”.
4. Ubezpieczający w ramach niniejszego ubezpieczenia może otrzymać świadczenie przewidziane w Warunkach Ubezpieczenia w Wariantcie 1 albo w Wariantcie 2.

§ 2

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
„TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA
„WARIANT 1”

DEFINICJE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej „WU Wariant 1”) mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawieranych z ubezpieczającymi na zasadach określonych przez Wariant 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia indywidualnego, która była objęta odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załącznik do OWU,
 - 6) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 10) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 11) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego lub życie współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym 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, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyko pobytu ubezpieczonego w szpitalu oraz w zakresie operacji ubezpieczonego łącznie na zasadach pakietu.
5. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach dodatkowych ryzyk określają Ogólne Warunki Dodatkowych Ubezpieczeń stanowiące załączniki do OWU.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia podlega indeksacji na zasadach określonych w § 6 WU Wariant 1.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 80 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, okres na jaki zawierana jest umowa nie może być krótszy niż okres ograniczenia wypłaty, o którym mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia z funduszem.

3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 75 lat.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 1 podpisanego przez ubezpieczającego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, doręczonego zakładowi ubezpieczeń w okresie nie przekraczającym 3 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie.
5. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o którym mowa w ust. 4 pod warunkiem, że wystąpienie z ubezpieczenia grupowego następuje w związku z:
 - 1) odbywaniem przez ubezpieczonego służby wojskowej,
 - 2) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - 3) przebywaniem ubezpieczonego na urlopie bezpłatnym,
 - 4) przebywaniem ubezpieczonego w delegacji służbowej,
 - 5) rozwiązaniem z ubezpieczonym umowy o pracę,
 - 6) rozwiązaniem umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
6. Zakład ubezpieczeń, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 1 dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 1.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 1 został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
9. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 WU Wariancie 1, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego.
11. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej nie może rozpocząć się wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie.
12. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
13. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie– zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywa ubezpieczającego do opłacenia zaległej składki w terminie do 90 dni od

dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składki w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.

6. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłatę w wysokości stanowiącej równowartość wszystkich zaległych składek, które ubezpieczający byłby zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust.6 umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90 dniowego terminu.
8. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
9. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5, w wysokości odsetek ustawowych.
10. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego i małżonka ubezpieczonego (o ile została zawarta dodatkowa umowa zgonu małżonka ubezpieczonego), charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 WU Wariant 1, składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 7 ust. 1 WU Wariant 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.
2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 6 WU Wariant 1.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego, nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręzonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni

przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i ust. 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, WU Wariant 1 rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia i nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 7 WU Wariant 1,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy, nie później niż w ciągu 30 dni od daty doręczenia polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

§ 12

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
3. Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 2, każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 13

1. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 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 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem umowy

ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A.,

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 14

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 15 WU Wariant 1 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 18 ust. 4 WU Wariant 1.

§ 15

Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

§ 16

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń 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, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń 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. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń 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 § 18 ust. 4 WU Wariant 1 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 w formie pisemnej występuje o zmianę osoby uprawnionej .

5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych w sumie ubezpieczenia są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

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

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
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 zakład ubezpieczeń.
4. Przez dzień złożenia wniosku do zakładu ubezpieczeń (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez zakład ubezpieczeń) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 21

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

§ 22

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

§ 23

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym załączniku mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.

2. Niniejsze WU Wariant 1 stanowią również Ogólne Warunki Ubezpieczenia Kontynuowanego w rozumieniu § 26 ust. 2 Nowoczesny Program Ubezpieczeń Grupowych, na podstawie których osoba występująca z wnioskiem o zawarcie umowy indywidualnego ubezpieczenia była objęta ubezpieczeniem.
3. Na podstawie niniejszych WU Wariant 1 ochroną ubezpieczeniową mogą być objęte także osoby, które wystąpiły z ubezpieczenia Grupowego Ubezpieczenia z Funduszem „XXI-GRUPA” oraz Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „WARTA MIŚ”.
4. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszego załącznika właściwym jest prawo polskie.
5. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszego załącznika lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciężący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 24

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Prezes Zarządu
„TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA
„WARIANT 2”

DEFINICJE

§ 1

1. Postanowienia niniejszych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej „WU Wariant 2”) mają zastosowanie w umowach indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia zawieranych z ubezpieczającymi na zasadach określonych przez Wariant 2, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.
2. Użyte w niniejszych Warunkach określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia. W rozumieniu niniejszych Warunków może nim być również wdowa/wdowiec po ubezpieczonym.
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia indywidualnego, która była objęta odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ramach grupowej umowy ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do niniejszych OWU
 - 6) **umowa grupowego ubezpieczenia na życie** – umowę grupowego ubezpieczenia na życie, w ramach której życie ubezpieczonego było objęte odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 10) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 11) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
 - 12) **współubezpieczony** - małżonek, rodzic, rodzic małżonka lub dziecko ubezpieczonego,
 - 13) **rodzic ubezpieczonego** - naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński,
 - 14) **rodzic małżonka ubezpieczonego** - naturalnego ojca lub naturalną matkę małżonka ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka ubezpieczonego lub wdowę/wdowca po matce lub ojcu małżonka ubezpieczonego, nie będącą biologicznym rodzicem małżonka ubezpieczonego, o ile nie wstąpiła ponownie w związek małżeński, za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł, pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego ,
 - 15) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
 - 16) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** - zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
 - 17) **zgon dziecka** – zgon dziecka, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
 - 18) **zgon noworodka** – za zgon noworodka uważa się dziecko martwo urodzone, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 23 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia ,
 - 19) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń,

- 20) **trwały uszczerbek na zdrowiu** - zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 21) **zawał serca** - zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi oparte na wystąpieniu typowego dla zawału serca bólu w klatce piersiowej, świeżych zmian w zapisie EKG potwierdzających wystąpienie świeżego zawału serca i znaczącego podwyższenia stężenia enzymów sercowych we krwi. Z zakresu ubezpieczenia wykluczone są epizody dławicowego bólu w klatce piersiowej (angina pectoris),
- 22) **udar mózgu** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia nagłe, ogniskowe uszkodzenie mózgu powstałe w następstwie zmian naczyniowych, powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych. Rozpoznanie musi zostać poparte świeżymi zmianami w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego. Zakres ubezpieczenia nie obejmuje zawału mózgu lub krwawienia śródczaszkowego spowodowanego zewnętrznym urazem. Ubezpieczeniem nie są objęte jakiegokolwiek epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA),,
- 23) **karencja** - okres, w którym odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń jest ograniczona,
- 24) **urodzenie się dziecka ubezpieczonemu** – urodzenie się żywego dziecka ubezpieczonemu, potwierdzone aktem urodzenia, w którym ubezpieczony wymieniony jest jako rodzic tego dziecka,

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i współubezpieczonego i zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie obejmującym ryzyka, o których mowa w ust. 3.
3. Zakład ubezpieczeń, zgodnie z postanowieniami umowy ubezpieczenia, wypłaca następujące świadczenia:

Zdarzenia	Wysokość świadczenia określona w % sumy ubezpieczenia
1) zgon ubezpieczonego,	100%
2) wypadek powodujący: <ol style="list-style-type: none"> a) zgon ubezpieczonego, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1 b) trwały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego: <ul style="list-style-type: none"> – za każdy 1% trwałego uszczerbku, – za 100% trwałego uszczerbku, 	100% 4, 3, 2 albo 1% 400, 300, 200, albo 100%
3) zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1	100%
4) zgon ubezpieczonego na skutek udaru mózgu, niezależnie od świadczenia wymienionego w pkt 1	100%
5) zgon współubezpieczonych: <ol style="list-style-type: none"> a) zgon małżonka ubezpieczonego, b) zgon dziecka, c) zgon noworodka, d) zgon rodziców lub zgon rodziców małżonka ubezpieczonego, 	100% 30% 20% 20%
6) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu,	10%
7) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego; jednorazowe świadczenie dla każdego dziecka ubezpieczonego.	40%

4. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2 w zakresie wskazanym w ust. 3 z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, z tytułu, których ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w pierwszym dniu miesiąca w którym wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem ust. 7 jeżeli kontynuowanie ma dotyczyć okresu:
 - 1) odbywania służby wojskowej,
 - 2) przebywania na urlopie macierzyńskim lub wychowawczym,
 - 3) przebywania na urlopie bezpłatnym,

- 4) delegacji służbowej,
5. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 w zakresie wskazanym w ust 3 pkt 1-2 lit.a) i pkt 5-7 z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może dotyczyć jedynie ryzyk, z tytułu których ubezpieczony był objęty ochroną ubezpieczeniową w pierwszym dniu miesiąca, z upływem którego wystąpił z umowy grupowego ubezpieczenia na życie, z zastrzeżeniem postanowień ust 7 i 8:
 - 1) pod warunkiem, że składka za ubezpieczonego była opłacana nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy bezpośrednio przed ustaniem stosunku pracy. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się:
 - a) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż TUnŻ „WARTA” S.A. zakładem ubezpieczeń, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty,
 - b) okres opłacania składek za danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty;
 - 2) bez względu na okres, za który została opłacona składka za danego ubezpieczonego - jeżeli ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w rozumieniu umowy ubezpieczenia grupowego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia grupowego i przystąpił do ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy od tej daty, a zatrudnienie ustało wskutek przejścia ubezpieczonego na zaopatrzenie emerytalne lub rentowe, po zawarciu umowy ubezpieczenia grupowego,
 - 3) bez względu na okres, za który została opłacona składka za ubezpieczonego, w przypadku, gdy umowa ubezpieczenia grupowego została rozwiązana.
6. Z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariantcie 2 na warunkach, o których mowa w ust. 5 pkt 1) może również wystąpić wdowa/wdowiec po ubezpieczonym w ubezpieczeniu grupowym, który pracując u ubezpieczającego w ubezpieczeniu grupowym był objęty ochroną ubezpieczeniową nieprzerwanie przez okres przynajmniej 6 miesięcy. Do okresu 6 miesięcy, o którym mowa powyżej, zalicza się okresy opłacania składek za danego ubezpieczonego wskazane w ust. 5 pkt 1) lit a) i b).
7. W umowie ubezpieczenia mają zastosowanie wysokości świadczeń określone w ust. 3 niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego, z zastrzeżeniem, iż w przypadku, gdy wynikająca z umowy ubezpieczenia grupowego wysokość świadczenia z tytułu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową jest niższa niż wysokość świadczenia określona w ust. 3, wówczas w umowie ubezpieczenia ma zastosowanie wysokość świadczenia z tytułu tego zdarzenia określona w umowie ubezpieczenia grupowego.
8. Jeżeli w umowie ubezpieczenia grupowego zastrzeżono, iż ryzyko powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku nie jest wyłączone z zakresu ochrony w ramach indywidualnej kontynuacji ubezpieczenia w WARIANCIE 2 wówczas w takim przypadku nie mają zastosowania postanowienia ust. 5 wyłączone stosowanie ust. 3 pkt 2 lit. b) w ramach umowy ubezpieczenia.
9. Wysokość świadczenia, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 lit. b), określona jest w umowie ubezpieczenia grupowego z zastrzeżeniem ust. 7.
10. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony o dodatkowe ryzyko poprzez zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia dla danego ubezpieczonego nie może być wyższa niż suma obowiązująca dla tego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w pierwszym dniu miesiąca w, którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie może stanowić wartości wyższej niż równowartość 30 000 zł (słownie: trzydzieści tysięcy złotych).
3. Ubezpieczający oraz wdowiec/wdowa po ubezpieczonym - w rozumieniu umowy grupowego ubezpieczenia - mogą wystąpić z wnioskiem o obniżenie sumy ubezpieczenia w umowie ubezpieczenia, jednak do kwoty nie mniejszej niż 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych).
4. W przypadku gdy suma ubezpieczenia obowiązująca dla danego ubezpieczonego w umowie ubezpieczenia grupowego w pierwszym dniu miesiąca, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie jest równa bądź niższa niż 5 000 zł (słownie: pięć tysięcy złotych) wówczas nie ma możliwości jej obniżenia.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2 podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego do siedziby zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, w okresie nie przekraczającym 3 miesięcy licząc od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z grupowego ubezpieczenia na życie.
2. Ubezpieczający może wystąpić z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 1 w okresie poprzedzającym wystąpienie z ubezpieczenia grupowego.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest z dniem wpływu do siedziby zakładu ubezpieczeń kompletnego wniosku wraz z potwierdzeniem płatności pierwszej składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń, nie wcześniej niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Umowa ubezpieczenia może być zawarta jeśli spełniony został warunek, o którym mowa w ust. 1 z zastrzeżeniem warunków, o których mowa w § 2 ust. 4-6
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
6. Zakład ubezpieczeń, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2 dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia w Wariancie 2 został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
9. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
11. Zakład ubezpieczeń, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 4 potwierdza zawarcie umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia, doręczając ubezpieczającemu polisę oraz informację dotyczącą trybu opłacania składek w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o zawarcie umowy w Wariancie 2.
12. W przypadku jeśli nie spełnione zostały warunki, o których mowa w ust. 4 potwierdzenie zawarcia umowy indywidualnego kontynuowania ubezpieczenia nie może być wydane, a wpłacona składka ubezpieczeniowa w terminie 30 dni od wpływu wniosku do siedziby zakładu ubezpieczeń zostaje zwrócona bez odsetek na wskazane we wniosku adres korespondencyjny bądź numer konta bankowego.
13. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego z zastrzeżeniem, iż w przypadku wyboru miesięcznej częstotliwości opłacania składek ubezpieczający zobowiązany jest do zapłacenia pierwszej składki za 3 miesiące. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. W przypadku nie zapłacenia pierwszej składki w terminie o którym mowa w ust 3, i wysokości, o której mowa w ust. 2 odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki z tytułu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa w odniesieniu do ubezpieczonego z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie pod warunkiem doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

6. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
7. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywa ubezpieczającego do opłacenia zaległej składki w terminie do 90 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składki w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.
8. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłatę w wysokości stanowiącej równowartość wszystkich zaległych składek, które ubezpieczający byłby zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
9. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust.8 umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90 dniowego terminu.
10. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
11. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 7, w wysokości odsetek ustawowych.
12. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości, sumy ubezpieczenia i wysokości stawki stanowiącej podstawę do ustalania składki w ramach Wariantu 2 indywidualnej kontynuacji określonej w umowie grupowej.
13. Składka nie podlega indeksacji.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, rozpoczyna się od dnia wpływu do siedziby zakładu ubezpieczeń kompletnego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z potwierdzeniem płatności pierwszej składki w wysokości wskazanej przez zakład ubezpieczeń, nie wcześniej niż pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wygasła ochrona ubezpieczeniowa z tytułu grupowego ubezpieczenia na życie oraz nie wcześniej niż od dnia zapłacenia składki w wysokości, o której mowa w § 5 ust. 2, jeśli spełnione zostały warunki, o których mowa w § 4 ust. 4, z zastrzeżeniem, iż odpowiedzialność z tytułu danych ryzyk nie może rozpocząć się wcześniej niż po zakończeniu okresu karencji jaką objęte były te ryzyka z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 2 lit b) WU Wariant 2, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 70 lat.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie, o którym mowa w § 2 ust. 3 pkt 3-4 WU Wariant 2, kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia grupowego w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 65 lat.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu nie dotyczy zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał serca lub udar mózgu wystąpiły już (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem umowy ubezpieczenia w zakresie tych ryzyk na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. W stosunku do osób, które bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia objęte były umową grupowego ubezpieczenia na życie, zawartą przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA” S.A, przewidującą w swym zakresie ryzyko zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, zakład ubezpieczeń ponosi odpowiedzialność dodatkowo w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, jeżeli zawał lub udar mózgu wystąpiły w okresie obowiązywania na rzecz danego ubezpieczonego poprzedniej - określonej powyżej - umowie ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

- Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 7 WU Wariant 2,
 - zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - złożenia przez jedną ze stron umowy ubezpieczenia oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 5 pkt 1), z upływem okresu ubezpieczenia.
- Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

- Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy, nie później niż w ciągu 30 dni od daty doręczenia polisy.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
- Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

§ 9

- Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
- Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 2, każdy rozpoczęty miesiąc obowiązywania umowy ubezpieczenia uważa się za miesiąc pełny.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 10

- Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - działań wojennych, stanu wojennego,
 - czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń za skutki wypadków powstałe w wyniku:
 - prowadzenia pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - uprawiania niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - przewozu lotniczego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - zatrucia/działania pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,jest ograniczona do wypłaty świadczenia przewidzianego w § 2 ust. 3 pkt 1), 5) i 7) WU Wariant 2.
- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub zgonu ubezpieczonego na skutek udaru mózgu jest wyłączona w przypadkach określonych w ust. 2.
- Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte następujące zdarzenia, powodujące trwałe uszkodzenie na zdrowiu ubezpieczonego:
 - choroby zawodowe i wszelkie inne choroby lub stany chorobowe, nawet takie, które występują nagle oraz wszelkie zawały, wylewy i udary,
 - obrażenia ciała lub choroby ujawnione przed datą zawarcia umowy.
- Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem umowy

ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. z zastrzeżeniem, iż w okresie 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w umowie ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 13 ust. 8 WU Wariant 2.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są:
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w §15 ust.4 WU Wariant 2 - w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony - w przypadku zgonu współubezpieczonego, urodzenia się dziecka ubezpieczonemu lub trwałego uszczerbku na zdrowiu,
 - 3) dziecko ubezpieczonego – w przypadku osierocenia dziecka przez ubezpieczonego.

§ 12

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a zgonem lub trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.
2. Stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego może być wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
3. Przy ustalaniu stopnia (procentu) trwałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę pracy lub czynności wykonywanych przez ubezpieczonego.
4. Jeżeli ubezpieczony wskutek wypadku doznał 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu, zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie w maksymalnej wysokości 400% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - a) stopień uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - b) w razie utraty lub uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek samoistnej choroby lub trwałego inwalidztwa, ustalony stopień (procent) trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejsza się o stopień (procent) trwałego uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Świadczenie z tytułu zgonu wskutek wypadku przysługuje, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
6. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub na skutek udaru mózgu przysługuje, jeżeli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty zajścia jednego z powyższych zdarzeń.
7. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.

§ 13

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania

3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane – kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, zakład ubezpieczeń 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 zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 14

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń 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 § 15 ust. 4 WU Wariant 2 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 w formie pisemnej występuje o zmianę osoby uprawnionej.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dostarczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 4.

§ 15

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych w sumie ubezpieczenia są równe.
3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia zakładu ubezpieczeń; traci prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest współmałżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany

POSTĘPOWANIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZENIOWEGO

§ 16

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

- 1) starać się o złagodzenie skutków wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,

- 2) umożliwić zakładowi ubezpieczeń uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
- 3) poddać się na żądanie zakładu ubezpieczeń badaniu przez lekarzy wskazanych przez zakład ubezpieczeń lub obserwacji klinicznej.

§ 17

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w § 16 WU Wariant 2, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 18

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

§ 19

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie zawiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
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 zakład ubezpieczeń.
4. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia z zastrzeżeniem ust. 4.
5. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
6. 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 zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 20

W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszym załączniku.

§ 21

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

§ 22

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszym załączniku mają zastosowanie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszego załącznika właściwym jest prawo polskie.
3. Wszelkie obowiązki zakładu ubezpieczeń wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszego załącznika, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 23

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
„TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 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 rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, podpisany przez ubezpieczającego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
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 suma ubezpieczenia wynikająca z umowy ubezpieczenia wynosi nie mniej niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 6.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, w której podaje wysokość nowej składki.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i ust. 4.
3. Jeżeli w rocznicę polisy, w której przedłużeniu ulec ma dodatkowa umowa ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
6. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
7. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

8. 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 ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 niniejszych Warunków.
2. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 6 miesięcy, o którym mowa w ust. 1, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko. W tym przypadku Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania w okresie pierwszych 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do tych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4,
 - b) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w §7 ust.1 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku podwyższenia sumy ubezpieczenia lub wysokości procentu świadczenia w stosunku do wysokości określonych w umowie grupowego ubezpieczenia na życie, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu poważnego zachorowania, które wystąpiło u ubezpieczonego w okresie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w wysokości określonej w umowie grupowego ubezpieczenia na życie.
3. W przypadku przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia procent, o którym mowa w ust. 1, nie może ulec zmianie.
4. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku

- o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest zakład ubezpieczeń, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
 9. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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. 10,
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
 10. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 9 pkt 5) nie mają zastosowania.
 11. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń 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 § 14 OWU.
 12. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno z następujących ryzyk: powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyko na wypadek operacji ubezpieczonego i jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
 13. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 5, jest ubezpieczony.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, powodujące jego trwałą dysfunkcję,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres 1 roku.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy nie została zawarta dodatkowa umowa powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń 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 jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli jest mężczyzną, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
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 zakładowi ubezpieczeń 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. 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 ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej strony umowy i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wobec ubezpieczonego, który w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia miał ukończone 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli jest mężczyzną.

§ 7

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas zakład ubezpieczeń pomniejsza świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
3. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno z następujących ryzyk: powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyko na wypadek operacji ubezpieczonego i jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 8

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) eksplozją atomową oraz napromieniowaniem (za wyjątkiem pojedynczych przypadków nie związanych z aktywnością zawodową),
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,

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

§ 9

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

§ 10

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§ 11

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

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

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 na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanych dalej „OWU”) w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
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. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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 zakład ubezpieczeń wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.

5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenie – Dzielne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej "OWU") w Wariancie 1, o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

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

- 1) **szpital** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polski 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,
- 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, zaopatrzony 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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** - następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach określonych w §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** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
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.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku:
 - 1) gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, oraz
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń 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 zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
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 zakładowi ubezpieczeń 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie dodatkowej umowy na wypadek operacji ubezpieczonego. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
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. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko dziennego świadczenia szpitalnego, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu, przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń 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. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dienne 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, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, zakład ubezpieczeń 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. Zakład ubezpieczeń 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, zakład ubezpieczeń 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 dienne 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 dienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dienne 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 zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej 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 plastyczno-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/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi 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, 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) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 14

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 15

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 16

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (zwanych dalej „OWU”) to jest Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA w Wariantach 1 lub 2, o których mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

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

- 1) **Fundusz** – wydzielona część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **składka regularna** - składka wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **składka doraźna** – składka płatna przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej ustalona przez zakład ubezpieczeń i określona w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust.3,
- 4) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 5) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **okres ograniczenia wypłaty** – okres, w trakcie którego jest ograniczona wypłata z indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” danego ubezpieczonego:
 - a) 5 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz danego ubezpieczonego zawarta została umowa grupowego ubezpieczenia na życie lub
 - b) okres, po upływie którego ubezpieczony osiągnie 60 rok życia, w zależności od postanowień umowy grupowego ubezpieczenia na życie.
- 8) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 9) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** - cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 10) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku ubezpieczającego doręczonego zakładowi ubezpieczeń:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia lub,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. 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.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka regularna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka regularna opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w Wariantach 1 podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki regularnej ustalany jest w oparciu o wskaźnik indeksacji.
5. Dokonanie indeksacji składki regularnej możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Indeksacja dotycząca dodatkowej umowy ubezpieczenia może być ustalana przez ubezpieczającego na poziomie wyższym od wskaźnika indeksacji.

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą składki regularne i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek regularnych i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne.
5. W ramach Funduszu zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C1” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabyte w wyniku transferu, o którym mowa w § 7 ust.3 pkt 3,
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D1” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki doraźne oraz nabyte w wyniku transferu, o którym mowa w § 7 ust.3 pkt 4.

§ 6

1. Składki regularne oraz składki doraźne lokowane są w różnych Funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w równych częściach w 5 pierwszych funduszy wymienionych w Zasadach Działania Funduszy stanowiących załącznik do OWU..
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach.
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 zakład ubezpieczeń.
5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, 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 opłaty zgodnie z tabelą opłat, o której mowa w §13 ust. 3, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
8. Zakład ubezpieczeń określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu, w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust.3.
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 § 13 ust.3.

§ 7

1. Środki Funduszu lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu:
 - 1) wpłat składek regularnych i składek doraźnych, z zastrzeżeniem § 8 ust. 7,
 - 2) przychodów z lokat środków Funduszu,
 - 3) wpłaty środków wynikających z transferu wszystkich jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta danego ubezpieczonego utworzonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, które podlegały ograniczeniu wypłaty na zasadach określonych w § 2 pkt 7), na jego indywidualne konto inwestycyjne „C1”.
 - 4) wpłaty środków wynikających z transferu wszystkich jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta „D” danego ubezpieczonego utworzonego w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie (tj. konta, na którym ewidencjonowane są składki inwestycyjne płacone przez ubezpieczonego), na jego indywidualne konto inwestycyjne „D1”.

4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie § 10 - 12 niniejszych Warunków;
 - 2) opłaty pobierane zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.
5. Wpłaty, o których mowa w ust. 3 pkt 3 i 4, przeliczane są w dniu, w którym ubezpieczony stał się uczestnikiem Funduszu, jednak nie wcześniej niż po wpływnięciu środków na rachunek zakładu ubezpieczeń.
6. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.

§ 8

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa.
3. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego, jeżeli nie jest dniem roboczym.
4. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez zakład ubezpieczeń 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.
5. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
6. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego nie rzadziej niż raz na rok, w terminie do 30 dni licząc od rocznicy polisy.
7. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki regularnej lub doraźnej na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak:
 - 1) nie wcześniej niż w następnym dniu, kiedy składka regularna jest należna, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, po potrąceniu opłaty administracyjnej w wysokości 2% składki regularnej,
 - 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki doraźnej.
8. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.
9. W przypadku nieprawidłowego określenia tytułu wpłaty, zakup jednostek następuje z dniem wyjaśnienia niezgodności.

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 2) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w § 12,
 - 3) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 10

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych danego ubezpieczonego w przypadku:
 - 1) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia,
 - 2) zgonu ubezpieczonego przed końcem okresu ubezpieczenia.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu na wypłatę świadczenia, o którym mowa w OWU.
4. W przypadkach wymienionych w ust.1 indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.
5. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1 pkt 1, jest ubezpieczony.

§ 11

1. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu kwotę w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa:
 - 1) znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C1”, pod warunkiem, że rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło po upływie okresu ograniczenia wypłaty. Jeżeli rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpiło przed upływem okresu ograniczenia wypłaty, wówczas środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C1” wypłacone zostaną na podstawie wniosku złożonego przez ubezpieczonego do siedziby zakładu ubezpieczeń po upływie okresu ograniczenia wypłaty. Wniosek doręczony przed upływem okresu ograniczenia wypłaty jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wypłaty.
 - 2) znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D1”, bez względu na datę rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wypłata kwoty, o której mowa w ust.1, następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń przez ubezpieczonego odpowiedniego wniosku.
3. Przy ustalaniu wartości jednostek uczestnictwa użytej do wyznaczenia wysokości wypłaty, o której mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 2.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę przez zakład ubezpieczeń, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 2.
5. Z dniem wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, indywidualne konta ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 12

1. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich lub części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, uprawnionym do dokonania wykupu jest ubezpieczony.
3. Wykup częściowy:
 - 1) indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” może być dokonany po upływie okresu ograniczenia wypłaty,
 - 2) indywidualnego konta inwestycyjnego „D1” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia,przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym odpowiednio „C1” lub „D1”.
4. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
5. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C1” i „D1” po dokonaniu wykupu częściowego, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń określona w tabeli opłat, o której mowa w § 13 ust.3.
6. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C1” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu ograniczenia wypłaty.
7. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D1” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
9. Przy ustalaniu wysokości wykupu całkowitego lub wysokości wykupu częściowego zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
10. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 8.
11. Przy dokonywaniu wykupu lub wypłaty, o której mowa w § 11, w ciągu pierwszych 5 lat trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, licząc od dnia jej zawarcia, zakład ubezpieczeń pobiera opłatę w wysokości 5% kwoty wykupu lub wypłaty w pierwszym roku, pomniejszając corocznie o 1%.
12. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wszystkim jednostkom uczestnictwa znajdującym się na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C1” i „D1”, wówczas dane konta ulegają likwidacji, a dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z dniem doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.

§ 13

1. W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

2. Zasady działania Funduszy stanowią załącznik do OWU.
3. Wysokość pozostałych opłat pobieranych przez zakład ubezpieczeń w związku z dodatkową umową ubezpieczenia, nie uwzględnionych w niniejszych Warunkach, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie tabeli opłat, stanowiącej załącznik do OWU.
4. W przypadku zaległości w opłacaniu składek z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń pomniejsza wszelkie wypłaty dokonywane na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia o kwotę odpowiadającą wszystkim opłatom i kosztom, które byłyby naliczone od wartości niezapłaconych składek, gdyby ubezpieczający zapłacił je zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.

§ 14

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

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 na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej "OWU") w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest 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 zakładu ubezpieczeń, 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) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń, z zastrzeżeniem ust. 2,;
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy nie została zawarta dodatkowa umowa powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
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. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, zakład ubezpieczeń 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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.
6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
8. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w §4 niniejszych Warunków.
9. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno z następujących ryzyk: powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyko na wypadek operacji ubezpieczonego i jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.

§ 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	60
2.	Utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	50
3.	Utrata całej stopy lub części śródstopia	40	40
4.	Utrata wszystkich palców u stopy	30	30
5.	Utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	20
6.	Utrata palucha	5	5
7.	Utrata palca innego niż paluch	2	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:
 - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń – palce i śródreżce,
 - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
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 zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę i 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) 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 ujawnionymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, 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.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Małżonka Ubezpieczonego, (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA (zwanymi dalej „OWU”) w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

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

- 1) **małżonek ubezpieczonego** osobą pozostającą z ubezpieczonym w związku małżeńskim, wskazaną na wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia, która w dniu zgonu również pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 2) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zgonu małżonka ubezpieczonego, podpisany przez ubezpieczającego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym małżonek ubezpieczonego ukończy 80 rok życia.
3. 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.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu małżonka ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i w skazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy:
 - 1) nie później niż w następną rocznicę polisy następującą po dniu 80 urodzin małżonka ubezpieczonego,
 - 2) z dniem zgonu małżonka ubezpieczonego,
 - 3) z dniem rozwiązania związku małżeńskiego ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona stosownie do postanowień ust. 2.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia strony umowy mogą określić kwotę stanowiącą górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu danego ryzyka.

§ 7

1. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez małżonka ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału małżonka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się małżonka ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

- 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Do okresu 2 lat, o którym mowa w ust. 1 pkt 1), zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A. zawierającej w swym zakresie ryzyko zgonu małżonka.

§ 8

Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego jest ubezpieczony.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie - EKSTRAKONTYNUACJA (zwanych dalej „OWU”) w Wariancie 1 o którym mowa w § 1 ust. 3 OWU.

§ 2

Użyty 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. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** - działający na terenie Rzeczypospolitej Polski 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 niniejszego załącznika nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku:
 - 1) gdy ubezpieczony w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat, oraz
 - 2) zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia świadczenie szpitalne.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń 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 zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
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 zakładowi ubezpieczeń 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 zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Wypowiedzenie dodatkowej umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie

umowy dodatkowej dziennego świadczenia szpitalnego. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku, gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 niniejszych Warunków.
2. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia do okresu 90 dni, o którym mowa w ust. 1, zalicza się również okres opłacania składek na rzecz danego ubezpieczonego z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko operacji ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z TUnŻ „WARTA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
3. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.

§ 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami,
 - 2) operacjami plastycznymi-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 istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z uśłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, uśłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.

2. Zakład ubezpieczeń 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 pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
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. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.
10. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno z następujących ryzyk: powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania, powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz ryzyko na wypadek operacji ubezpieczonego i jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.

§ 10

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 45/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Paweł Bednarek



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A
Artur Biskupski

KATALOG OPERACJI WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

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

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

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

3. AMPUTACJE

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

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚŁU

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

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

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

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

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

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

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

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

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

11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

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

12. OPERACJE TARCZYCY (4)

13. PRZESZCZEPY

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

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

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 187/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

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 ZŁOŚLIWY

§ 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:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. 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 miąższu 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 **utrata 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 **utrata 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 nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 184/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

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 ZŁOŚLIWY

§ 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:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a N0 M0),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. 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 przezskórnej 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 miąższu 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 został zatwierdzony Uchwałą nr 186/2005 Zarządu WARTY VITA S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Artur Biskupski

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie – EKSTRAKONTYNUACJA
Dodatkowe ubezpieczenie z Funduszem

Rodzaj opłaty	Opłata ¹	Tryb pobierania
Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami - 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 45 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej
Zmiana podziału procentowego - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 15 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu


Minimalna składka doraźna	700 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostająca na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dokonaniu wykupu częściowego	500 zł

¹ Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez zakład ubezpieczeń 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 65/2007 Zarządu TUnŻ "WARTA" S.A. z dnia i wprowadzona w życie z dniem 19 marca 2007 roku.


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


 Wiceprezes Zarządu
 TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Zasady Działania Funduszy

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych dalej „Zasadami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia związanych z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym („Fundusz”).

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU BEZPIECZNEGO

§ 3

1. Celem Funduszu Bezpiecznego jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu Bezpiecznego obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Bezpiecznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu Bezpiecznego 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 STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu 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 Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 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;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 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 AKTYWNEGO

§ 5

1. Celem Funduszu Aktywnego 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 Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 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.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0-80%, 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 PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

1. Celem Funduszu Papierów Dłużnych jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Papierów Dłużnych inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Papierów Dłużnych Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe - do 100%.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Papierów Dłużnych, przy czym charakterystyka Funduszu Papierów Dłużnych jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Papierów Dłużnych Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. 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 1,5% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU TRZECIOFILAROWEGO ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 7

1. Celem Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Stabilny Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Stabilny Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. 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 DYNAMICZNEGO

§ 8

1. Celem inwestycyjnym Funduszu Dynamicznego 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 Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego
3. Aktywa Funduszu Dynamicznego inwestowane są w 100% w jednostki uczestnictwa KBC BETA Specjalistycznego Funduszu Inwestycyjnego Otwartego.
4. KBC BETA Specjalistyczny Fundusz Inwestycyjny Otwarty Fundusz 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 Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 75 % wartości aktywów jest lokowanych w akcje przy czym suma aktywów zainwestowanych w akcje i inne instrumenty o zbliżonym poziomie ryzyka nie może być mniejsza niż 50% aktywów.
6. Podstawowym kryterium doboru lokat przez 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. 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 2,5% w skali roku.

ZASADY DYWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: BEZPIECZNEGO, STABILNEGO WZROSTU I AKTYWNEGO

§ 9

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

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 10

1. Zasady wyceny lokat Funduszy 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 zakład ubezpieczeń według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 11

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

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 13

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 44/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 marca 2007 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski