

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie - INTERNET

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**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia, może być nim 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) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 6) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia,
 - 7) **inwalidztwo** - całkowite lub częściowe inwalidztwo,
 - 8) **całkowite inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
 - 9) **częściowe inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 16 niniejszych OWU,
 - 10) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
 - 11) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 12) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 13) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 14) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
 - 15) **reklamacja** – kwestionowanie przez bank, wystawcę karty płatniczej, lub inny podmiot wystawiający karty płatnicze autentyczności lub prawidłowości przeprowadzonej transakcji przy użyciu kart płatniczych, z wyłączeniem nieprawidłowości rozliczeń pomiędzy firmą dokonującą autoryzacji płatności kartą płatniczą a bankiem,
 - 16) **rozliczenie transakcji** – dokonanie – na zasadach wynikających z umowy pomiędzy zakładem ubezpieczeń a podmiotem dokonującym autoryzacji płatności kartą płatniczą – ostatecznej akceptacji rozliczenia transakcji dokonywanej pomiędzy ubezpieczającym a zakładem ubezpieczeń za pośrednictwem podmiotu dokonującego autoryzacji płatności kartą płatniczą,
 - 17) **autoryzacja** - sprawdzenie dostępności wymaganych dla realizacji danego zlecenia środków finansowych.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.

3. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość rozszerzenia zakresu ochrony ubezpieczeniowej, o którym mowa w ust. 2, o następujące ryzyka:
 - 1) zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 2) powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
4. Wniosek o zawarcie umowy w zakresie rozszerzonym, o którym mowa w ust. 3, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.

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 OWU.

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 65 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dostarczonego do zakładu ubezpieczeń na formularzu udostępnionym przez zakład ubezpieczeń. Do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający dołącza dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń podpisanej przez ubezpieczającego polisy (w której nie zostały wprowadzone żadne zmiany/skreślenia zapisów w niej zawartych), w terminie 14 dni licząc od daty jej otrzymania przez ubezpieczającego. Podpisana polisa powinna być odesłana do zakładu ubezpieczeń listem poleconym lub dostarczona bezpośrednio do siedziby zakładu ubezpieczeń. Nie doręczenie podpisanej polisy przez ubezpieczającego wraz z dokumentami wskazanymi przez zakład ubezpieczeń listem poleconym lub bezpośrednio do siedziby zakładu ubezpieczeń w powyższym terminie traktuje się jako odmowę zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń poprawnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz:
 - 1) dowodu wpłaty pierwszej składki w wysokości określonej przez zakład ubezpieczeń - w przypadku płatności dokonywanej przelewem bankowym bądź przekazem pocztowym, lub
 - 2) rozliczenia transakcji płatności w zakresie dotyczącym opłacenia pierwszej składki w wysokości określonej przez zakład ubezpieczeń - w przypadku płatności dokonywanej kartą płatniczą.
9. W rocznicę polisy ubezpieczający ma możliwość przekształcenia umowy ubezpieczenia w umowę indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie na warunkach uzgodnionych z zakładem 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.

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 okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie - zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu przesłania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, 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.
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. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zajścia zdarzeń, o których mowa w § 2, które nastąpiły w okresie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.
7. 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 był zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.
8. Jeżeli w ciągu 90 dni, od daty wymagalności pierwszej zaległej składki, ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust.7, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem 90 dniowego terminu
9. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległej składki, o której mowa w ust. 5 w wysokości odsetek ustawowych.
10. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
11. Jeżeli w wyniku przeprowadzonego postępowania reklamacyjnego zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany do zwrotu wcześniej otrzymanej kwoty składki, składka, którą zakład ubezpieczeń zobowiązany był zwrócić, traktowana jest jak składka niezapłacona. Zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia brakującej składki.
12. W przypadku, o którym mowa w ust. 11, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia ust. 5 – 9, z zastrzeżeniem, iż termin właściwy dla wpłaty zakładowi ubezpieczeń kwoty w wysokości wszystkich zaległych składek pod rygorem rozwiązania umowy ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 7 i ust. 8, wynosi 30 dni od dnia doręczenia ubezpieczającemu wezwania zakładu ubezpieczeń do uzupełnienia składki.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem § 8, składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia 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 ustalony przez zakład ubezpieczeń w oparciu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w wyniku indeksacji 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 związku z indeksacją, wiek

ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.

§ 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 OWU.

§ 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, rozpoczyna się od dnia następnego po zawarciu umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku lub powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

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. 8 i ust. 12,
- 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
- 5) upływu okresu na jaki została zawarta.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych powodów, 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. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w ust. 1 oraz zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 2) 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,
 - 3) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 4) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń określonych w ust.1 i ust.2 oraz zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 2) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionych przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia.

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 z zastrzeżeniem postanowień § 17 ust. 15.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są: w przypadku wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku – ubezpieczony, w pozostałych przypadkach - osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 19 ust. 4.
3. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej.

§ 15

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.
2. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust. 1.
3. 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 § 16 niniejszych OWU, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie - w przypadku częściowego inwalidztwa.
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 powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa z dniem wypłaty.
6. Świadczenia, o których mowa w ustępach powyższych, wypłacane są z zastrzeżeniem postanowień § 17.

§ 16

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 śródrecza	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.

§ 17

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. Wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego lub zgonu w następstwie wypadku zakład ubezpieczeń może uzależnić od zobowiązania się osoby uprawnionej do zwrotu otrzymanego świadczenia w przypadku, o którym mowa w ust. 11 oraz doręczenia zakładowi ubezpieczeń innych wskazanych przez niego dokumentów, niezbędnych dla uzyskania zwrotu nienależnego 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. Świadczenie, o którym mowa w § 15 ust. 2, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. 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.
5. 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.
6. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 7 - 12.
7. Wypłata świadczenia nastąpi po sprawdzeniu przez zakład ubezpieczeń czy nie zostało wszczęte postępowanie reklamacyjne w stosunku do danego ubezpieczonego.
8. Świadczenie, nie zostanie wypłacone do czasu zakończenia postępowania reklamacyjnego, wszczętego w stosunku do danego ubezpieczonego.
9. Świadczenie nie jest należne, jeżeli w wyniku przeprowadzonego postępowania reklamacyjnego, wszczętego po dniu zajścia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń będzie zobowiązany do zwrotu wcześniej otrzymanej kwoty składki.
10. W przypadku, o którym mowa w ust. 9, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia, ale zwraca ubezpieczającemu lub jego spadkobiercom kwotę stanowiącą równowartość nominalnej wysokości składek wpłaconych po terminie wpłaty składki, która podlega zwrotowi.
11. Jeżeli świadczenie zostało już wypłacone, a zachodzą okoliczności określone w ust. 9, osoba, której świadczenie zostało wypłacone zobowiązana jest do jego zwrotu. W takim przypadku zakład ubezpieczeń zwraca ubezpieczającemu lub jego spadkobiercom kwotę stanowiącą równowartość nominalnej wysokości składek wpłaconych po terminie wpłaty składki, która podlega zwrotowi, pod warunkiem otrzymania zwrotu świadczenia.

12. Gdyby w terminie określonym w ust. 6 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.
13. 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.
14. 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.
15. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia, wszelkie świadczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia ustalane są w wysokości pomniejszanej o zaległości z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami.
16. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
17. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 18

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową 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 § 19 ust. 2- 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 19

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

§ 20

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

§ 21

1. Zawiadomienia i oświadczenia, składane w związku z umową ubezpieczenia, powinny być przekazywane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, z zastrzeżeniem ust. 2 chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający zawarł z zakładem ubezpieczeń umowę dotyczącą składania wniosków za pośrednictwem Internetu, wnioski i oświadczenia, których formularze są udostępnione przez zakład ubezpieczeń na jego stronie internetowej, składane przez ubezpieczającego w związku z umową ubezpieczenia, a także zawiadomienia zakładu ubezpieczeń składane w związku z umową ubezpieczenia, mogą być przesyłane w postaci elektronicznej przy wykorzystaniu łącz internetowych, na zasadach określonych w ww. umowie zawartej z zakładem ubezpieczeń.
3. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania 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.
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, z zastrzeżeniem ust. 2.
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. 6.
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.

§ 22

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

§ 23

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.

§ 24

1. W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
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 niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na zakład ubezpieczeń określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 25

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 178/2005 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

