

Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne ZŁOTA STRATEGIA

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne	
ZŁOTA STRATEGIA Ogólne Warunki Ubezpieczenia	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	5
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	5
5. Składka	6
6. Wstrzymanie opłacania składek regularnych	6
7. Indeksacja.....	7
8. Premia ubezpieczeniowa	8
9. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	9
10. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	9
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	10
12. Fundusze i Plany	11
13. Aktywa Funduszy i Planów, opłaty	13
14. Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa	13
15. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	14
16. Wykup ubezpieczenia	17
17. Postanowienia końcowe	18
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego/Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku	20
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	25
IV. Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia	34
V. Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Inwestycyjnego ZŁOTA STRATEGIA	45

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę zawartą na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowych Ubezpieczeń, stanowiących załączniki do OWU,
 - 6) **współubezpieczony** – rodzica lub opiekuna prawnego (osoba fizyczna) lub oboje rodziców lub opiekunów prawnych (osoby fizyczne) – w przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko,
 - 7) **dziecko** – osobę, będącą ubezpieczonym, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia miała ukończony jeden rok życia, ale nie ukończyła 25 lat,
 - 8) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 9) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela,
 - 10) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 11) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia; każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; w przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego,
 - 12) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy,
 - 13) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
 - 14) **Fundusz** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Fundusz, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
 - 15) **składka regularna** – składkę płatną w terminach i wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia,

- 16) **składka jednorazowa** – składkę płatną jednorazowo przez ubezpieczającego w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki jednorazowej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3,
- 17) **składka doraźna** – składkę płatną przez ubezpieczającego w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie u ubezpieczyciela, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3,
- 18) **alokacja składki** – procent, określający jaka część składki regularnej lub jednorazowej i składki doraźnej przeznaczona jest na zakup jednostek uczestnictwa,
- 19) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 20) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cenę, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 21) **wartość wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rozwiązaniem umowy ubezpieczenia,
- 22) **wartość częściowego wykupu** – kwotę, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z częściowym wykupem na zasadach określonych w § 26,
- 23) **wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki regularne lub za składkę jednorazową, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 24) **dodatkowa wartość polisy** – kwotę równą wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, nabytych na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia za opłacone składki doraźne, obliczoną według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa,
- 25) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
- 26) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu i Planu Inwestycyjnego,
- 27) **wielkość ryzyka** – kwotę równą sumie należnych składek regularnych, pomniejszonej o wartość polisy i powiększonej o naliczone, ale nie pobrane opłaty: administracyjne i za ryzyko ubezpieczeniowe; w przypadku gdy tak obliczona wielkość jest ujemna przyjmuje się, że jej wartość wynosi 0,
- 28) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
- 29) **Plan Inwestycyjny (zwany dalej Planem)** – wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela; Plan Inwestycyjny, o którym mowa w niniejszych OWU, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być także zdrowie ubezpieczonego lub życie i zdrowie współubezpieczonego.

2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) zgonu ubezpieczonego,
 - 2) zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

Suma ubezpieczenia odpowiada wysokości wpłaconych składek regularnych lub wysokości wpłaconej składki jednorazowej.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 1 rok i nie ukończyła 65 lat, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 65 lat, z tym, że:
 - 1) składka z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia może być określona tylko jako jednorazowa, z możliwością wpłat składek doraźnych,
 - 2) zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie ryzyko zgonu ubezpieczonego,
 - 3) nie jest możliwe zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
6. Dokumenty, o których mowa w ust. 5, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
8. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
10. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia zawarta jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia pierwszej składki regularnej w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela.
11. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
12. Umowa ubezpieczenia może być zmieniona w każdym czasie, za porozumieniem stron.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki regularnej lub zapłacenia składki jednorazowej, zgodnie z postanowieniami OWU i wyborem ubezpieczającego, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki regularnej lub odpowiednio jednorazowej określana jest w umowie ubezpieczenia na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
3. Składka regularna może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić:
 - 1) pierwszą składkę regularną najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka regularna jest należna,
 - 2) składkę jednorazową najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do zapłaty wszystkich zaległych składek regularnych należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
7. Jeżeli w dodatkowym terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu ubezpieczający nie wpłaci zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 6:
 - 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła w okresie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu wskazanego w wezwaniu ubezpieczyciela,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki regularnej nastąpiła po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, następuje wstrzymanie opłacania składek regularnych, na zasadach określonych w § 6.
8. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek regularnych, o których mowa w ust. 6 w wysokości odsetek ustawowych.

WSTRZYMANIE OPŁACANIA SKŁADEK REGULARNYCH

§ 6

1. Po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, ubezpieczający ma prawo do wstrzymania opłacania składek regularnych od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu doręczenia do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Ubezpieczający ma prawo do wstrzymania opłacania składek regularnych przed upływem dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem że wartość dotychczas wpłaconych składek regularnych osiągnęła lub przekroczyła wartość równą co najmniej minimalnej wartości składki jednorazowej ustaloną przez ubezpieczyciela, określoną w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3.
2. Warunkiem wstrzymania opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich zaległych składek regularnych oraz doręczenie do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. W przypadku

- wstrzymania opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 5 ust. 7 pkt 2), warunek doręczenia wniosku, o którym mowa w zdaniu poprzedzającym, nie ma zastosowania.
3. Wstrzymanie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat, o których mowa w § 18.
 4. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych ubezpieczający może dokonywać wpłat składek doraźnych, z zastrzeżeniem iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej aktualnie obowiązująca u ubezpieczyciela.
 5. Ubezpieczający może wznowić opłacanie składek regularnych w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, po wcześniejszym doręczeniu odpowiedniego wniosku do ubezpieczyciela.
 6. Wznowienie opłacania składek regularnych, o którym mowa w ust. 5, następuje z kolejnym terminem płatności składki regularnej przypadającym po dniu doręczenia do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku.
 7. W przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko i nastąpił zgon ubezpieczającego lub ustanie bytu prawnego podmiotu innego niż osoba fizyczna będącego ubezpieczającym oraz nie nastąpiło przejście praw i obowiązków ubezpieczającego wynikających z umowy ubezpieczenia przez inną osobę w terminie 14 licząc od daty zajścia zdarzenia, to:
 - 1) jeżeli zdarzenie to wystąpiło po okresie 2 lat trwania umowy ubezpieczenia z płatnością składki regularnej – następuje wstrzymanie opłacania składek regularnych, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia,
 - 2) jeżeli zdarzenie to wystąpiło w okresie pierwszych 2 lat trwania umowy ubezpieczenia z płatnością składki regularnej, to umowa ulega rozwiązaniu z upływem 14 dniowego terminu, o którym mowa powyżej, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup wartości ubezpieczenia stosownie do postanowień § 26 ust. 2 pkt 1),
 - 3) umowa ubezpieczenia trwa nadal w przypadku umowy ze składką jednorazową, a ubezpieczony może złożyć wniosek o wykup ubezpieczenia.
 8. W przypadku zajścia zdarzenia, o którym mowa w ust. 7, współubezpieczony lub ubezpieczony, w przypadku braku współubezpieczonego, zobowiązany jest poinformować ubezpieczyciela o zajściu ww. zdarzenia oraz wskazać osobę wstępującą w prawa i obowiązki ubezpieczającego niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 14 dni od daty zajścia zdarzenia. Powyższe informacje składane są na formularzu ubezpieczyciela, do którego osoba wstępująca w prawa i obowiązki ubezpieczającego zobowiązana jest dołączyć dokumenty określone przez ubezpieczyciela.

INDEKSACJA

§ 7

1. W każdą rocznicę polisy, z zastrzeżeniem postanowień § 8, składka regularna podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki regularnej, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji.

§ 8

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki regularnej na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, podwyższona w wyniku indeksacji składka regularna obowiązuje od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja.

3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki regularnej, wysokość składki regularnej nie ulega zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki regularnej z tytułu umowy, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji składki regularnej ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki regularnej, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki regularnej od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki regularnej w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego na piśmie o rozpatrzeniu złożonego wniosku, o którym mowa powyżej.
8. W przypadku wstrzymania opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6, zawieszeniu ulega indeksacja.

§ 9

1. Niezależnie od indeksacji, ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę wysokości składki regularnej na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o obniżenie wysokości składki regularnej, pod warunkiem opłacenia wszystkich zaległych składek regularnych, nie wcześniej niż po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia przy czym wysokość składki regularnej nie może być niższa niż minimalna składka regularna ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3. Ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego na piśmie o rozpatrzeniu złożonego wniosku, o którym mowa powyżej.
3. W przypadku zmiany wysokości składki regularnej, o której mowa w ust. 1, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczający.

PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 10

1. W każdą co 5 rocznicę polisy ubezpieczyciel przyznaje premię ubezpieczeniową w ten sposób, iż powiększa wartość polisy o odpowiedni procent średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia poprzez dodanie do indywidualnego konta inwestycyjnego ubezpieczonego odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa każdego z Funduszy i Planów, proporcjonalnie do aktualnej wartości zgromadzonych jednostek uczestnictwa każdego Funduszu i Planu, z tytułu wpłat składek regularnych.
2. Premia ubezpieczeniowa wynosi:
 - 1) po 5 latach - 3% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat,
 - 2) po 10 latach - 4% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat,
 - 3) po 15 latach i po każdym kolejnym pięcioletnim okresie ubezpieczenia - 5% średniej wartości polisy w ciągu poprzedzających 5 lat.
3. Średnia wartość polisy, o której mowa w ust. 2, obliczana jest jako średnia arytmetyczna

- z wartości polisy w każdym pierwszym dniu miesiąca polisowego w okresie 5 lat.
4. Kwota odpowiadająca wartości premii ubezpieczeniowej stosownie do postanowień ust. 2 przeliczana jest na jednostki uczestnictwa według zasad i terminów określonych w § 19, w szczególności cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest zgodnie z zasadami nabycia jednostek uczestnictwa za składkę jednorazową, z tym że zakup jednostek uczestnictwa dokonywany jest po cenie sprzedaży oraz zamiast daty wpływu składki na rachunek ubezpieczyciela przyjmuje się datę rocznicy polisy.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 11

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu zapłaty składki regularnej lub jednorazowej w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 lat.
4. Z dniem określonym w ust. 2 rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia i wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 12

Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:

- 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
- 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach, określonych w § 5 ust. 7 pkt 1),
- 4) zgonu ubezpieczonego, z następnym dniem po dniu doręczenia do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia z tego tytułu,
- 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia, o którym mowa w § 26 – następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wykup ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 7 pkt 2),
- 6) spadku wartości środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym, poniżej wartości wystarczającej na pokrycie opłat określonych w § 18 za dany miesiąc polisowy, z pierwszym dniem tego miesiąca polisowego,
- 7) zgonu ubezpieczającego bądź ustania bytu prawnego podmiotu innego niż osoba fizyczna będącego ubezpieczającym, o których mowa w § 6 ust. 7, z następnym dniem po dniu doręczenia do ubezpieczyciela informacji o tym zdarzeniu, o ile nie nastąpi wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego w terminie wskazanym w § 6 ust. 7, z zastrzeżeniem § 6 ust. 7 pkt 3).

§ 13

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn:
 - 1) w przypadku ubezpieczenia ze składką regularną w okresie pierwszych 2 lat

obowiązywania umowy ubezpieczenia, jeżeli łączna wartość wpłat składek regularnych nie osiągnęła co najmniej minimalnej wartości składki jednorazowej ustalonej przez ubezpieczyciela, określonej w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3 – z miesięcznym okresem wypowiedzenia, ze skutkiem na koniec miesiąca polisowego;

- 2) w pozostałych przypadkach – ze skutkiem w następnym dniu po doręczeniu do ubezpieczyciela wypowiedzenia umowy ubezpieczenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 14

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

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem pięciu lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 6) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku 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) zarażeniem się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił w ciągu pierwszych pięciu lat obowiązywania umowy ubezpieczenia,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
3. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego; wartość wykupu obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 26.

FUNDUSZE I PLANY

§ 16

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planów część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki regularne lub składka jednorazowa i składki doraźne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek regularnych lub ze składki jednorazowej i składek doraźnych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regularne lub składka jednorazowa i składki doraźne, z zastrzeżeniem § 17.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planów ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto inwestycyjne, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne lub składkę jednorazową i składki doraźne.

§ 17

1. Składki regularne lub składka jednorazowa oraz składki doraźne w częściach wynikających z odpowiedniej alokacji składki lokowane są w różnych Funduszach i Planach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań

musi wynosić 100%. Alokacja składki regularnej wynosi: w pierwszym roku trwania umowy ubezpieczenia – 75%, w drugim roku trwania umowy ubezpieczenia – 95%, od trzeciego roku trwania umowy ubezpieczenia – 100%. W przypadku, gdy nie nastąpiło wstrzymanie opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 6, alokacja składki regularnej wynosi: po piątym roku trwania umowy ubezpieczenia – 100,5%, po dziesiątym roku trwania umowy ubezpieczenia – 101%, po piętnastym roku i w kolejnych latach trwania umowy ubezpieczenia – 102%. W przypadku, gdy nastąpiło wstrzymanie opłacania składek regularnych to:

- 1) jeżeli wstrzymanie opłacania składek regularnych nastąpiło przed upływem drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia – po podjęciu opłacania składek regularnych alokacja dokonywana jest w wysokości właściwej dla danego roku umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż w wysokości 100%,
- 2) jeżeli wstrzymanie opłacania składek regularnych nastąpiło po upływie drugiego roku trwania umowy ubezpieczenia – po podjęciu opłacania składek regularnych alokacja pozostaje na poziomie ostatnio osiągniętym i obowiązuje na takim poziomie do końca trwania umowy ubezpieczenia.

Pozostała część składki, ponad wskazany poziom alokacji, nie jest lokowana w Funduszach i Planach. Alokacja składki jednorazowej oraz składki doraźnej wynosi 100% w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia. Ubezpieczyciel może uzależnić wysokość alokacji od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez ubezpieczyciela – w takim przypadku wysokość alokacji ustalana jest w umowie ubezpieczenia.

2. W przypadku braku wskazania Funduszy lub Planów, w które lokowane mają być składki, ubezpieczyciel lokuje składki w Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami i Planami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej i składki doraźnej w poszczególnych Funduszach i Planach.
4. Pierwsza zmiana podziału procentowego i pierwszy transfer jednostek uczestnictwa w roku polisowym jest wolny od opłaty. Za każdą następną zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata ustalana przez ubezpieczyciela zgodnie z tabelą opłat o której mowa w § 29 ust. 3.
5. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu lub Planu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę ubezpieczyciela, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu lub Planie, do którego transfer jest dokonywany.
7. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
8. Ubezpieczyciel określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu lub Planu, z którego dokonano transferu w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 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 § 29 ust. 3.

AKTYWA FUNDUSZY I PLANÓW, OPŁATY

§ 18

1. Środki Funduszy i Planów lokowane są, zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu i Planu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu i Planu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu i Planu powiększana jest z tytułu wpłat składek regularnych i składek doraźnych oraz przychodów z lokat środków Funduszu i Planu.
4. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 21 i § 26, opłaty administracyjne, opłaty za ryzyko ubezpieczeniowe oraz opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami.
5. Opłata administracyjna i opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez odliczenie liczby jednostek uczestnictwa na koncie każdego ubezpieczonego o wartości odpowiadającej tym opłatom według ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu odliczenia.
6. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku i wysokości świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczonego na pierwszy dzień miesiąca polisowego.
7. Wysokość opłaty za ryzyko w zakresie zgonu ubezpieczonego równa jest iloczynowi wskaźnika ryzyka zgonu ubezpieczonego i wielkości ryzyka w pierwszym dniu miesiąca polisowego.
8. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku obliczane są na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
9. Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego oraz wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku określone są w umowie ubezpieczenia.
10. Odliczenie liczby jednostek uczestnictwa przeznaczonych na pokrycie ww. opłat następuje proporcjonalnie do aktualnej wartości jednostek uczestnictwa zgromadzonych w każdym Funduszu i Planie.
11. Wartość aktywów Funduszu i Planu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami i Planami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami i Planami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych stanowiących załącznik do OWU.
12. Opłaty, o których mowa w ust. 5 i 11 pobierane są w całym okresie trwania umowy ubezpieczenia.

WYCENA I NABYWANIE JEDNOSTEK UCZESTNICTWA

§ 19

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest, w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy i Planów, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu bądź Planu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaokrąglany jest przez ubezpieczyciela w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od

- dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu jednostki uczestnictwa.
 5. Jednostki uczestnictwa są nabywane według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 7 dni roboczych licząc od daty wpływu:
 - 1) składki regularnej albo składki jednorazowej na rachunek ubezpieczyciela, obowiązującej jednak:
 - a) nie wcześniej niż w następnym dniu, po dniu należności składki regularnej, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, albo
 - b) nie wcześniej niż w następnym dniu po zawarciu umowy ubezpieczenia, pod warunkiem wpłacenia składki jednorazowej w pełnej wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia,
 - 2) składki doraźnej na rachunek ubezpieczyciela.
 6. Nabycie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni roboczych od dnia, według którego ustalona została cena jednostki uczestnictwa.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 20

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 21 oraz z zastrzeżeniem postanowień § 22 ust. 9.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 25 ust. 3.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami określonymi w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej:
 - 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia,
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 21

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie równe większej z wartości: sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego albo wartości polisy. Ponadto ubezpieczyciel wypłaca dodatkową wartość polisy.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, z następnego dnia po doręczeniu do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wypłatę świadczenia przez ubezpieczyciela, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w § 22 ust. 3.
4. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa

w ust. 1, jednak nie więcej niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3.

5. Świadczenie, o którym mowa w ust. 4, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.

§ 22

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
6. 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.
7. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
8. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek regularnych wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia

przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym. W przypadku wypłaty świadczenia w formie świadczenia rentowego, o którym mowa w § 23, dniem wypłaty świadczenia, o którym mowa powyżej, jest dzień zapłaty składki przez ubezpieczyciela w ramach ubezpieczenia rentowego.

§ 23

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

§ 24

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 25 ust. 3 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę uprawnionego w formie pisemnej.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę uprawnionego.

§ 25

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,

- 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) - 3).
4. Jeżeli uprawnionym jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 26

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

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 27

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

§ 28

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane do ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 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 ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 29

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

§ 30

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

§ 31

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 205/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego/Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

INWE/PW/2012/01

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu lub Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego/Współubezpieczonego 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 Inwestycyjne, zwane również ZŁOTA STRATEGIA (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony lub współubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 3) **komisja lekarska** - lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej udzielanej przez ubezpieczyciela w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od wybranego przez ubezpieczającego Pakietu ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 2, przy czym ubezpieczający może wybrać tylko jeden z Pakietów.
2. W zależności od wskazania ubezpieczającego we wniosku, dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w formie tylko jednego z poniższych Pakietów:
 - 1) Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego obejmującego następujące ryzyka:
 - zgon współubezpieczonego w wyniku wypadku i
 - powstanie inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku w przypadku, gdy ubezpieczonym jest dziecko,
 - 2) Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego obejmującego następujące ryzyka:
 - zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku i
 - powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w przypadku, gdy ubezpieczonym jest osoba, która ukończyła 18 lat.
3. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zajścia zdarzeń określonych w jednym z Pakietów, o których mowa w ust. 2.

§ 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, który ukończył 18 lat, złożonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 7, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest:
 - 1) w przypadku Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego - na okres do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia,
 - 2) w przypadku Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego – na okres do dnia najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez dziecko wieku 25 lat, z tym zastrzeżeniem iż istnieje możliwość rezygnacji z Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego w terminie wcześniejszym, stosownie do postanowień ust. 4.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1, z zastrzeżeniem ust. 4 i 7.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w formie Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego w związku z zakończeniem okresu ubezpieczenia lub rezygnacją ubezpieczającego z Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego po ukończeniu przez dziecko wieku 18 lat, ubezpieczający ma możliwość w ciągu jednego roku licząc od daty rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zawrzeć ponownie dodatkową umowę ubezpieczenia w formie Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.
7. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel pobiera dodatkową opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe od każdej osoby objętej ochroną ubezpieczeniową w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wysokość dodatkowej opłaty za ryzyko z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia określonej przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia, na podstawie wskazania ubezpieczającego zawartego we wniosku i określana jest w tabeli opłat, o której mowa w § 29 ust. 3 OWU.
3. Dodatkowa opłata za ryzyko ubezpieczeniowe pobierana jest w terminach i na zasadach określonych dla pobierania opłat za ryzyko ubezpieczeniowe.
4. W przypadku, gdy współubezpieczone są dwie osoby:
 - 1) dodatkowa opłata za ryzyko, o której mowa w ust. 2, równa jest sumie dodatkowych opłat za ryzyko w stosunku do każdej z osób współubezpieczonych,
 - 2) dodatkowa suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo w stosunku do każdej z osób współubezpieczonych.
5. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel nie pobiera opłaty za dane ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie wynikającym z dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po dniu pobrania pierwszej dodatkowej opłaty za ryzyko, o której mowa w § 5 stosownie do postanowień OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 7

Dodatkowa suma ubezpieczenia stanowi sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU, z zastrzeżeniem ust. 9.
2. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości 100% dodatkowej sumy ubezpieczenia ustalonej w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 9.
3. Świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku oraz z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, który uprawniony może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku uprawniony załącza dokumentację medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego lub współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. W przypadku, gdy współubezpieczonymi są dwie osoby i zostanie wypłacone świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w stosunku do jednej z tych osób wówczas odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w stosunku do tej osoby wygasa z dniem wskazanym w ust. 5, natomiast w stosunku do drugiego ze współubezpieczonych trwa nadal.
7. Świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zawartej w formie Pakietu Wypadkowego Współubezpieczonego wypłacane jest osobie uprawnionej, czyli dziecku, w formie zasilenia rachunku inwestycyjnego składek doraźnych poprzez zakup odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa za kwotę odpowiadającą wysokości świadczenia.
8. Kwota odpowiadająca wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 7 przeliczana jest na jednostki uczestnictwa według zasad i terminów określonych w § 19 OWU, w szczególności cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest zgodnie z zasadami nabycia jednostek uczestnictwa za składkę jednorazową, z tym że zakup jednostek uczestnictwa dokonywany

jest po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz zamiast daty wpływu składki na rachunek ubezpieczyciela przyjmuje się datę zaakceptowania przez ubezpieczyciela wniosku o wypłatę tego świadczenia.

9. W przypadku, gdy przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, iż osoba która występowała jako współubezpieczony nie jest rodzicem lub prawnym opiekunem dziecka, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia ale dokonuje zwrotu kwoty w wysokości odpowiadającej nominalnej wysokości pobranej dodatkowej opłaty za ryzyko w stosunku do tej osoby, pobieranej ze składki z tytułu umowy ubezpieczenia. Zwrot następuje poprzez zasilenie rachunku inwestycyjnego składek doraźnych, na zasadach określonych w ust. 7 i 8.

§ 9

1. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela z tytułu ryzyk określonych w Pakiecie Wypadkowym Współubezpieczonego jest ubezpieczony (dziecko).
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela w ramach Pakietu Wypadkowego Ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest ubezpieczony,
 - 2) z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest uprawniony wymieniony w OWU.

§ 10

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego lub współubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) wyczynowym lub rekreacyjnym uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych tymi substancjami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

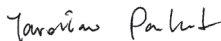
- 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 12) chorobami psychicznymi, nerwicami oraz leczeniem uzależnień,
- 13) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 205/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

§ 1

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

§ 2

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

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

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

§ 3

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

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

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel pobiera opłatę za ryzyko ubezpieczeniowe, w wysokości określonej przez ubezpieczyciela w tabeli opłat, o której mowa § 29 ust. 3 OWU.
2. Opłata za ryzyko ubezpieczeniowe, o której mowa w ust. 1, naliczana jest i pobierana na zasadach określonych w OWU.
3. W propozycji, o której mowa w § 3 ust. 8, ubezpieczyciel podaje nową wysokość opłaty ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość opłaty ubezpieczeniowej obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 5

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

§ 6

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

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1 - 11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy

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

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

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

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

prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,

- b) **transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej** – w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza centrum operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
- c) **transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania na terenie RP. Transport jest organizowany o ile według wiedzy lekarza centrum operacyjnego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

- 2) **Wizyta lekarska** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 3) **Wizyta pielęgniarki** – jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego. Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 4) **Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1 000 zł w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.
- 5) **Opieka domowa po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub

dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.

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

- 4) informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
- 5) informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych,
- 6) informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
- 7) dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 9 ust. 6,
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - c) zatruciem/działaniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych wyłączaając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy - kodeks karny,
 - f) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,

- j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - k) chorób przewlekłych,
- 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

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

§ 10

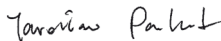
1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela,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

§ 11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 205/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy i Planów Inwestycyjnych

Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

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

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY I PLANÓW INWESTYCYJNYCH

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi Fundusze i Plany Inwestycyjne (zwane dalej Planami), stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy i Planu część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy i Planów, w który inwestowane będą składki wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze i Plany tworzone są ze składek opłacanych z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz i Plan ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są wpłacane składki, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.
5. W ramach każdego z Funduszy i Planu ubezpieczyciel tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne, na których ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki.
6. Działalność lokacyjna w ramach Funduszy i Planów prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
7. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe Fundusze i Plany.
8. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji Funduszu, Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie o likwidacji Funduszu, Planu na co najmniej 3 miesiące przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji Funduszu, Planu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu, Planu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabyć jednostek Funduszu, Planu oznacza termin, od którego włącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia do dnia likwidacji Funduszu, Planu zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, o którym mowa powyżej.
9. W okresie trzech miesięcy do daty likwidacji Funduszu, Planu ubezpieczający ma prawo do dokonania bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego Funduszu, Planu do innego Funduszu, Planu oraz do dokonania bezpłatnej zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany Fundusz, Plan. Określony w zdaniu poprzednim transfer i zmiana podziału procentowego nie zostaną uwzględnione w liczbie transferów i zmian podziału procentowego składki będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach i zmianach podziału procentowego składki.
10. Z dniem likwidacji Funduszu, Planu, w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego, dokonywany jest transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego Funduszu, Planu do Funduszu, Planu o najbardziej zbliżonej do likwidowanego Funduszu, Planu strategii inwestycyjnej, wskazanego ubezpieczającemu w piśmie informującym o likwidacji Funduszu, Planu, przy czym transfer ten nie jest uwzględniany w liczbie transferów dokonanych przez ubezpieczającego będącej podstawą ustalenia opłaty przy kolejnych transferach.

11. Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów Planu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany na piśmie o zmianie modelowej struktury aktywów Planu na co najmniej 3 miesiące przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego Planu.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA BEZPIECZNY

§ 3

1. Celem Funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Bezpieczny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Aktywa Funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski - od 0% do 100%,
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki - od 0% do 50%,
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków - od 0% do 50%,
 - 4) listy zastawne - od 0% do 30%,
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
5. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU WARTA STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.

3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - 2) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania 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 WARTA AKTYWNY

§ 5

1. Celem Funduszu WARTA Aktywny jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu WARTA Aktywny obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu WARTA Aktywny prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu WARTA Aktywny przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw

i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.

- 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 - 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC STABILNY

§ 7

1. Celem Funduszu KBC Stabilny jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu KBC Stabilny inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny.
3. Aktywa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Stabilny lokowane są przede

wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC DYNAMICZNY

§ 8

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC PIENIĘŻNY

§ 9

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

w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu KBC Pieniężny, przy czym charakterystyka Funduszu KBC Pieniężny jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, wskazaną w ust. 3.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKTYWNY

§ 10

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCYJNY

§ 11

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU KBC AKCJI MAŁYCH I ŚREDNICH SPÓŁEK

§ 12

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

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

§ 13

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU DEFENSYWNEGO

§ 14

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU STABILNEGO

§ 15

1. Celem Planu Stabilnego jest wzrost wartości aktywów Planu w wyniku wzrostu wartości lokat Planu.
2. Aktywa Planu Stabilnego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych pieniężnych, dłużnych i akcyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny, KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Stabilnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Planu Stabilnego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 10% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 60% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 30% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyleń od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC

Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 35% - 85%, a zaangażowanie w ramach Planu Stabilnego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 15% - 45%.

6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Stabilnego, przy czym charakterystyka Planu Stabilnego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

CHARAKTERYSTYKA PLANU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 16

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

CHARAKTERYSTYKA PLANU DYNAMICZNEGO

§ 17

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

- Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych oraz KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
3. Działalność lokacyjna w ramach Planu Dynamicznego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
 4. Modelowa struktura aktywów Planu Dynamicznego przedstawia się w sposób następujący:
 - 1) 5% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny,
 - 2) 20% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych,
 - 3) 75% wartości aktywów jest lokowanych w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny.
 5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Pieniężny może zmieniać się w zakresie 0% - 45%, natomiast zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Papierów Dłużnych może zmieniać się w zakresie 0% - 50%, a zaangażowanie w ramach Planu Dynamicznego w jednostki uczestnictwa KBC Parasol Fundusz Inwestycyjny Otwarty Subfundusz Akcyjny może zmieniać się w zakresie 50% - 100%.
 6. Ubezpieczyciel, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Planu Dynamicznego, przy czym charakterystyka Planu Dynamicznego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej wynikającą ze struktury modelowej wskazanej w ust. 4 i 5.

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY I PLANÓW

§ 18

1. Zasady wyceny lokat Funduszy i Planów ustalane są zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz z zasadami określonymi Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 10 grudnia 2001 roku w sprawie szczególnych zasad rachunkowości zakładów ubezpieczeń oraz Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 12 grudnia 2001 roku w sprawie szczegółowych zasad uznawania, metod wyceny, zakresu ujawniania i sposobu prezentacji instrumentów finansowych oraz Ustawie o rachunkowości z dnia 29 września 1994 roku, z uwzględnieniem późniejszych zmian tych przepisów.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości.
3. Wartość aktywów Funduszy i Planów ustalana jest według wartości rynkowej wszystkich środków stanowiących aktywa według ich stanu w dniu wyceny.

§ 19

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

§ 20

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

§ 21

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 205/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 21 grudnia 2012 roku.



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



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

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

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty ¹	Tryb pobierania
1. Administracyjna	4,18 zł + 0,084% wartości polisy	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc polisowy poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych za składki regularne lub składkę jednorazową o wartości odpowiadającej kwocie opłaty.
2. Transfer jednostek uczestnictwa między Funduszami i Planami - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
3. Zmiana podziału procentowego - pierwszy raz w danym roku polisowym - drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	brak opłaty 25 zł	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa nabytych odpowiednio za składki regularne lub składkę jednorazową lub składki doradne, w zależności od tego, którego rodzaju składek zmiana podziału dotyczy, o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym Funduszu bądź Planie.
4. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia j.u. nabytych za składkę jednorazową	10% wartości j.u. – w 1 roku trwania umowy ubezpieczenia 5% wartości j.u. – w 2 roku trwania umowy ubezpieczenia brak opłaty – od 3go roku trwania umowy ubezpieczenia	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu.
5. Likwidacyjna – w przypadku umarzenia jednostek uczestnictwa nabytych za składki doradne w każdym roku trwania umowy ubezpieczenia	0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających wykupowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wykupu lub wykupu częściowego.
6. Opłata z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”	3 zł	Opłata pobierana jest za każdy miesiąc ubezpieczeniowy zgodnie z § 18 OWU.
Rodzaj wskaźnika MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK Regularna składka	Wysokość wskaźnika 150 zł 300 zł 525 zł 900 zł	Miesięcznie Kwartalnie Półrocznie Rocznie

Rodzaj wskaźnika	Wysokość wskaźnika
Jednorazowa składka	5 000 zł
Doraźna składka	500 zł
Minimalna wartość uczestnictwa podlegająca transferowi	100 zł
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu bądź Planu, z którego dokonano transferu	100 zł
Minimalna kwota wykupu częściowego	500 zł
Maksymalna kwota świadczenia z tytułu zgonu w wypadku	100 000 zł
Minimalna wartość świadczenia lub wykupu, które mogą być wypłacone w formie renty	20 000 zł

Dodatkowa opłata za ryzyko ubezpieczeniowe	Wysokość opłaty: Pakiet Wypadkowy Ubezpieczonego/Współubezpieczonego
DODATKOWA SUMA UBEZPIECZENIA: 25 000 zł 50 000 zł 75 000 zł 100 000 zł	5 zł 10 zł 15 zł 20 zł

1 Na podstawie art. 18 ust. 5 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o działalności ubezpieczeniowej wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez ubezpieczyciela nie wyższy niż większy z następujących wskaźników publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny:

a) wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw lub

b) wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,

w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 60/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzona w życie z dniem 1 maja 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Wskaźniki ryzyka zgonu ubezpieczonego
Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Inwestycyjne
zwane również ZŁOTA STRATEGIA

Tabela miesięcznych wskaźników ryzyka zgonu ubezpieczonego

Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego	Wiek ubezpieczonego	Wskaźnik ryzyka zgonu ubezpieczonego
1	0,000045	35	0,000138	69	0,002833
2	0,000031	36	0,000153	70	0,003067
3	0,000022	37	0,000170	71	0,003318
4	0,000018	38	0,000190	72	0,003594
5	0,000018	39	0,000213	73	0,003902
6	0,000015	40	0,000238	74	0,004246
7	0,000015	41	0,000264	75	0,004631
8	0,000016	42	0,000293	76	0,005058
9	0,000017	43	0,000325	77	0,005527
10	0,000016	44	0,000359	78	0,006045
11	0,000016	45	0,000395	79	0,006608
12	0,000017	46	0,000435	80	0,007214
13	0,000018	47	0,000478	81	0,007866
14	0,000021	48	0,000524	82	0,008544
15	0,000028	49	0,000573	83	0,009258
16	0,000037	50	0,000626	84	0,010015
17	0,000046	51	0,000680	85	0,010792
18	0,000055	52	0,000738	86	0,011701
19	0,000063	53	0,000798	87	0,012678
20	0,000067	54	0,000863	88	0,013722
21	0,000068	55	0,000931	89	0,014838
22	0,000069	56	0,001003	90	0,016028
23	0,000071	57	0,001081	91	0,017294
24	0,000073	58	0,001165	92	0,018638
25	0,000073	59	0,001258	93	0,020059
26	0,000074	60	0,001359	94	0,021561
27	0,000078	61	0,001472	95	0,023141
28	0,000083	62	0,001594	96	0,024800
29	0,000089	63	0,001728	97	0,026537
30	0,000095	64	0,001876	98	0,028348
31	0,000102	65	0,002038	99	0,030233
32	0,000109	66	0,002217	100	0,032188
33	0,000118	67	0,002408	101	0,083333
34	0,000127	68	0,002615		

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

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

Jarosław Parkot

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



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