

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis treści

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”	str. 2
1. Postanowienia ogólne	str. 2
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	str. 2
3. Suma ubezpieczenia	str. 2
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia.....	str. 2
5. Składka	str. 3
6. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	str. 3
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia.....	str. 3
8. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych pracowników w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	str. 4
9. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	str. 4
10. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	str. 4
11. Postanowienia końcowe	str. 5
II. Lista Ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”	str. 6
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku ...	str. 7
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego	str. 8
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	str. 10
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	str. 12
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	str. 15
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	str. 17
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego	str. 19
X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne	str. 21
XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym	str. 24
XII. Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA	str. 27

Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna, zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z pracodawcami, zwanymi dalej **ubezpieczającymi**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zatrudniającą ubezpieczonych; dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy Ubezpieczającym i osobami objętymi ubezpieczeniem każdego innego związku (przynależność Ubezpieczonego do partii politycznej, stowarzyszenia, związku zawodowego, itp.) uzasadniającego, zdaniem zakładu ubezpieczeń, możliwość objęcia tych osób ubezpieczeniem na zasadach określonych w niniejszych OWU,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, zatrudnioną przez ubezpieczającego, której życie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **umowa ubezpieczenia indywidualnego** - umowę, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2 o dodatkowe ryzyka, poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia, o których mowa w Liście ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU.
4. W przypadku zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego lub życie wspó ubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
2. Suma ubezpieczenia może być wyrażona następująco:
 - 1) kwotowo,
 - 2) jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto przysługującego ubezpieczonemu z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczeni zatrudnieni u ubezpieczającego mogą być podzieleni na grupy.
4. Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich ubezpieczonych w ramach jednej grupy.
5. Suma ubezpieczenia, wyrażona jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto ubezpieczonego, może być aktualizowana w każdą rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia, o ile żadna ze stron umowy ubezpieczenia nie złoży oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 niniejszych OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - 3) umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego oraz deklaracji uczestnictwa podpisanej przez ubezpieczonego, skierowanych do zakładu ubezpieczeń na formularzach zakładu ubezpieczeń;
 - 1) w zależności od zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, sumy ubezpieczenia oraz wieku ubezpieczonych może być wymagane dołączenie do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, uznanej przez zakład ubezpieczeń za niezbędną do zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) dokumenty, o których mowa powyżej powinny być podpisane przez ubezpieczonego,

- 3) dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w dodatkowym, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń terminie, pod rygorem nie dojścia do skutku umowy ubezpieczenia.
4. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie 14 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 4, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie, wyznaczonym przez zakład ubezpieczeń w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia składki w dodatkowym terminie.
7. Składka obliczana jest indywidualnie dla każdego ubezpieczającego i dla każdej grupy na podstawie między innymi: sumy ubezpieczenia, liczby ubezpieczonych, ich wieku, płci, wykonywanej pracy, stanu zdrowia i trybu życia.
8. Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia §10 stosuje się odpowiednio.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w odniesieniu do każdego z ubezpieczonych, rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zaplaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem danego ubezpieczonego, kończy się:
 - 1) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczonego.
4. Z dniem określonym w ust. 3 wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem danego ubezpieczonego i współubezpieczonych wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia zawartych jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia w oparciu o Załączniki do niniejszych OWU.
5. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w §5 ust. 4, zakład ubezpieczeń może zawiesić odpowiedzialność.
6. O dacie, od której odpowiedzialność ulega zawieszeniu, trybie i okresie zawieszenia odpowiedzialności, zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego w piśmie, o którym mowa w §5 ust. 6.
7. W okresie zawieszenia odpowiedzialności, zakład ubezpieczeń jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
 - 3) złożenia przez jedną ze stron oświadczenia, o którym mowa w § 4 ust. 1 pkt 1) - z upływem okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym,
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 6 - z upływem dodatkowego terminu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowych.

§ 8

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia:

- 1) w ciągu 7 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą prawną lub jednostką organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej,
- 2) w ciągu 30 dni licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia, jeżeli jest osobą fizyczną.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego na piśmie na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zaplacenienia składki za okres udzielanej przez zakład ubezpieczeń ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
4. Przy zwrocie składki, o którym mowa w ust. 3, każdy rozpoczęty miesiąc kalendarzowy uważa się za miesiąc pełny.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH PRACOWNIKÓW W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może objąć ochroną ubezpieczeniową pracowników wcześniej nie ubezpieczonych na podstawie list osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową pracowników, o których mowa w ust.1, mają zastosowanie postanowienia niniejszych OWU.
3. Ubezpieczający przed końcem każdego miesiąca kalendarzowego obowiązywania umowy ubezpieczenia, dostarcza zakładowi ubezpieczeń listę osób przystępujących do ubezpieczenia wraz z deklaracjami uczestnictwa i listę osób występujących z ubezpieczenia:
 - 1) lista osób przystępujących obejmuje osoby przystępujące do ubezpieczenia od pierwszego dnia następnego miesiąca,
 - 2) lista osób występujących obejmuje osoby występujące z ubezpieczenia z upływem danego miesiąca.
4. Za osobę występującą z ubezpieczenia uważa się osobę wymienioną na liście osób występujących, o której mowa w ust. 3 pkt 2.

WYŁĄCZENIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę i popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 12

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w umowie ubezpieczenia w oparciu o postanowienia §13.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wskazane w §16 ust. 4-5 niniejszych OWU.

§ 13

Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.

§ 14

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń jako niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
3. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od daty wyjaśnienia tych okoliczności.
4. W razie odmowy wypłaty świadczenia, zakład ubezpieczeń zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń przed sądem właściwym dla siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Wszelkie świadczenia zakład ubezpieczeń może pomniejszyć o zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami.
6. Zakład ubezpieczeń może w ciągu trzech lat od zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego odpowiednio zmniejszyć wysokość świadczenia lub odmówić wypłaty świadczenia w przypadku zatajenia lub podania nieprawdziwych informacji, które spowodowałyby większe ryzyko ubezpieczeniowe.

§ 15

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu zakładu ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonaną zmianą począwszy od 14 dnia po otrzymaniu wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 16

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

- 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
- 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia i nie żyje żadna z osób wymienionych w ust. 4, świadczenie wypłacane jest w równych częściach spadkobiercom testamentowym ubezpieczonego, z wyłączeniem uprawnionego, o którym mowa w ust. 3.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 17

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

§ 18

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający lub ubezpieczony zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.

§ 19

1. Ochrona ubezpieczeniowa, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia, może być kontynuowana w ramach umowy ubezpieczenia indywidualnego.
2. Ubezpieczony, o którym mowa w ust. 1, ma prawo do skorzystania z preferencyjnych zasad zawierania umów ubezpieczenia indywidualnego, pod warunkiem, że wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego zostanie złożony w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego.
3. Po zawarciu umowy ubezpieczenia indywidualnego ochrona ubezpieczeniowa kontynuowana jest na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach ubezpieczenia indywidualnego.

§ 20

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

§ 21

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

§ 22

W sprawach nie uregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustawy z dnia 28 lipca 1990 roku o działalności ubezpieczeniowej (Dziennik Ustaw Nr 59, poz. 344 z późniejszymi zmianami).

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzytał

Lista Ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”

§1

Niniejsza lista obejmuje ryzyka, które mogą być objęte ochroną w ramach ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”.

§2

Ryzyka obejmowane ochroną podzielone są na następujące grupy:

- 1) ryzyko podstawowe;
- 2) ryzyka chorobowe i wypadkowe;
- 3) ryzyka związane z pobytem w szpitalu;
- 4) ryzyka związane z rodziną ubezpieczonego;
- 5) ryzyka dożycia przez ubezpieczonego określonego wieku.

§3

1. Ryzyko podstawowe to zgon ubezpieczonego, który objęty jest ochroną w ramach umowy ubezpieczenia.
2. Pozostałe ryzyka mogą być objęte ochroną poprzez zawarcie odpowiednich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§4

Do grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych należą:

- a) zgon ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- b) inwalidztwo ubezpieczonego;
- c) powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- d) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
- e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania;
- f) powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§5

Do grupy ryzyk związanych z pobytem w szpitalu należy:
dienne świadczenie szpitalne.

§6

Do grupy ryzyk związanych z rodziną ubezpieczonego należą:

- a) zgon małżonka ubezpieczonego;
- b) zgon rodzica ubezpieczonego;
- c) zgon rodzica małżonka ubezpieczonego;
- d) zgon dziecka ubezpieczonego;
- e) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego;
- f) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.

§7

Do grupy ryzyk dożycia przez ubezpieczonego określonego wieku należy:
fundusz inwestycyjny.

§8

Niniejsza lista została zatwierdzona Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzona w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 47/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 3) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1 jest osoba wymieniona w OWU.

§7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **inwalidztwo** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 2) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, które powstało w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowaniu popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

1. Z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń

- z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje powstanie inwalidztwa ubezpieczonego i jednocześnie obejmuje powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, to jeżeli zdarzenia te zaistniały z tej samej przyczyny, wypłacane jest świadczenie w wysokości sumy świadczeń z tytułu obu dodatkowych umów ubezpieczenia.
 4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 5. Świadczenie z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa ubezpieczonego.
 6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
 7. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
 8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 jest ubezpieczony.

§7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§8

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w §7, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** - powstałe, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikające z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 3) **niezdolność do pracy** - niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 5) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku i jednocześnie

- obejmuje powstanie inwalidztwa ubezpieczonego, to jeżeli zdarzenia te zaistniały z tej samej przyczyny, wypłacane jest świadczenie w wysokości sumy świadczeń z tytułu obu dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 5. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
 6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
 7. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
 8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§7

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§8

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w §7, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyat

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **częściowe inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w §7 niniejszych Warunków,
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dotatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§4

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dotatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączone w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

1. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o której mowa w §7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia.
2. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
3. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas zakład ubezpieczeń

poniższa świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.

4. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
7. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§7

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

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ

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

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:

- a) ramię - ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
- b) przedramię - od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
- c) dłoń - palce i śródreczę,
- d) udo - od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
- e) podudzie - od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
- f) utrata - fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.

3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.

4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

§8

1. Świadczenie z tytułu wypadku może być ustalone po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a częściowym inwalidztwem ubezpieczonego - na podstawie dostarczonych dowodów oraz wyników badań lekarskich.

2. Stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego powinien być ustalony po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia częściowego inwalidztwa (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia.

§9

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§10

Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w §9, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§11

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** - „Katalog poważnych zachorowań WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań,
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§4.

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Począwszy od dnia 55 urodzin ubezpieczonego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko ograniczonego zakresu poważnych zachorowań; do ograniczonego zakresu poważnych zachorowań zalicza się zdarzenia przewidziane w §1 pkt 4)-5) katalogu poważnych zachorowań.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.

§6

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§7

1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 50% sumy ubezpieczenia za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem, powodującym wypłatę świadczenia.
3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego,

wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.

5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§2

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

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

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym wykonywanym przez przewoźnika nie należącego do IATA,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§6

1. Z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości jednego procentu sumy ubezpieczenia za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, przy czym:
 - 1) stopień uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień uszczerbku pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, strony umowy mogą określić:
 - 1) ograniczenie kwotowe stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania jednego procentu trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia zakładu ubezpieczeń

- wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust. 1, nie więcej jednak niż kwota ustalona za każdy procent uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub
- 2) ograniczenie procentowe stanowiące dolną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego; w takim przypadku świadczenia zakładu ubezpieczeń wypłacane są w wysokościach, o których mowa w ust.1, pod warunkiem jednak, że ustalony stopień uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego przekracza określony procent.
 3. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje więcej niż jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz jeżeli te zdarzenia zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.
 4. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas zakład ubezpieczeń pomniejsza świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego z tytułu niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
 5. Świadczenie z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
 6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
 7. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego.
 8. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.

§7

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

§8

W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:

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

§9

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

§10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyat

**Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia
Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu,
Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego**

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonemu, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej OWU).

§2

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

- 1) **współubezpieczony** - małżonek, rodzic, rodzic małżonka lub dziecko ubezpieczonego,
- 2) **małżonek ubezpieczonego** - osobę, która w dniu zgonu pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 3) **rodzic ubezpieczonego** - naturalnego ojca lub naturalną matkę ubezpieczonego lub osobę, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczyma lub macochę ubezpieczonego, jeżeli nie żyje ojciec lub matka,
- 4) **rodzic małżonka ubezpieczonego** - naturalnego ojca lub matkę osoby, która w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem jest małżonkiem ubezpieczonego; za rodzica małżonka ubezpieczonego uważa się również rodzica małżonka, który zmarł, pod warunkiem, że ubezpieczony nie zawarł powtórnego związku małżeńskiego,
- 5) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo),
- 6) **osierocenie dziecka przez ubezpieczonego** - zgon ubezpieczonego, który nastąpił przed dniem ukończenia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia,
- 7) **zgon dziecka** - zgon dziecka w wieku od 1 roku do dnia ukończenia 25 roku życia,
- 8) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 9) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku ubezpieczającego dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie przynajmniej jednego z poniższych ryzyk:
 - 1) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - 2) zgon rodzica ubezpieczonego,
 - 3) zgon rodzica małżonka ubezpieczonego,
 - 4) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - 5) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego,
 - 6) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wobec osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 2 miesięcy od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub daty zatrudnienia, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.

§6

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:

- 1) w dniu następnym po zgonie ubezpieczonego,
- 2) w dniu następnym po wystąpieniu ubezpieczonego z ubezpieczenia.

§7

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) w dniu następnym po zgonie ubezpieczonego,
 - 2) osiągnięcia przez dziecko ubezpieczonego 25 roku życia.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę i popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych.

§8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 50% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona stosownie do postanowień ust. 6.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu rodzica lub rodzica małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona stosownie do postanowień ust. 6.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż dwukrotność kwoty ustalonej stosownie do postanowień ust. 6.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej świadczenia w wysokości 20% sumy ubezpieczenia.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w wysokości 10% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona stosownie do postanowień ust. 6.
6. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyk wymienionych w §3 ust. 2 pkt 1)-4) i pkt 6) niniejszych Warunków, strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu poszczególnych ryzyk.

§9

1. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego jest ubezpieczony.
2. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego jest dziecko ubezpieczonego.
3. Osobą uprawnioną do otrzymania świadczenia z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu jest ubezpieczony.

§10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyła

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia - Dienne Świadczenie Szpitalne (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzony w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każdą rozpoczętą dobę pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczoną jako dobę zegarową,
- 6) **okres rehabilitacji** - następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach § 9 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Po dwóch latach od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, gdy w ramach tej umowy nie nastąpiła wypłata świadczenia, ochroną ubezpieczeniową zostają dodatkowo objęte pobytu w szpitalu spowodowane chorobami stwierdzonymi przez lekarza przed dniem zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub skutkami wypadków zaistniałych przed tym dniem, z wyłączeniem wad wrodzonych i schorzeń będących ich skutkiem.

§ 7

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 9 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 pkt 1 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 pkt 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, zakład ubezpieczeń wypłaca oprócz dzielnego świadczenia szpitalnego dodatkowo dzielne świadczenie rehabilitacyjne; dzielne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzielne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dzielne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dzielne świadczenie rehabilitacyjne.

§ 10

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne zgodnie z § 11 pkt 4; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dzielne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 11

1. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - 40 zł,
2. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - 60 zł
3. Stawka dzielnego świadczenia rehabilitacyjnego - 20 zł
4. Stawka dzielnego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM - 80 zł

§ 12

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszczędności i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 5) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 6) samookaleceniem lub okaleceniem ubezpieczonego na własną prośbę i usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 7) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 8) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 9) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 10) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 11) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 12) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 13) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytym w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 14

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym

§1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem Inwestycyjnym (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem Inwestycyjnym „XXI - GRUPA” (zwanymi dalej „OWU”).

§2

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

- 1) **Fundusz** - wydzieloną część aktywów zakładu ubezpieczeń,
- 2) **wiek emerytalny** - wiek wskazany w umowie ubezpieczenia,
- 3) **składka inwestycyjna** - składka płatna z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia w zakresie dotyczącym utworzenia Funduszu,
- 4) **wykup całkowity** - wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 5) **wykup częściowy** - wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach inwestycyjnych ubezpieczonego,
- 6) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 7) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§3

1. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas nieokreślony.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

§4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki inwestycyjnej w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia.
2. Składka inwestycyjna opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

§5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń tworzy Fundusz.
2. Fundusz tworzony jest ze składek inwestycyjnych, przy czym:
 - 1) regularna składka inwestycyjna - jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczającego;
 - 2) dodatkowa składka inwestycyjna - jest to składka inwestycyjna płacona przez ubezpieczonego.
3. Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 2.
4. W ramach Funduszu zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto „C” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne;
 - 2) indywidualne konto „D” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za dodatkowe składki inwestycyjne.

§6

1. Środki Funduszu lokowane są - zgodnie z art. 60 - 64 ustawy o działalności ubezpieczeniowej (Dz.U. z 1996r. Nr 11 poz.62 - tekst jedn. z późn. zm.) - w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia bezpieczeństwa i rentowności lokat.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny.
3. Wartość rynkowa lokat środków Funduszu ustalana jest zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
4. Wartość aktywów Funduszu jest powiększana o:
 - 1) kolejne wpłaty składek inwestycyjnych,
 - 2) przychody z lokat środków Funduszu.
5. Wartość aktywów Funduszu jest pomniejszana o:
 - 1) kwoty wypłacane w trybie §11 i §12 niniejszych Warunków,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat, o której mowa w §13 niniejszych Warunków.

§7

1. Wartość jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa i dokonywana jest nie rzadziej niż raz w tygodniu.
3. Ustalanie wartości jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie wartości aktywów Funduszu pomniejszonej o koszty i opłaty, o których mowa w tabeli opłat określonej w §13 niniejszych Warunków, przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny.
4. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostki uczestnictwa i o aktualnej wartości aktywów Funduszu raz na rok, a także na każde żądanie ubezpieczającego lub ubezpieczonego nie częściej jednak niż raz na kwartał.

§8

1. Jednostki uczestnictwa nabywane są na rzecz każdego z ubezpieczonych poprzez:
 - 1) dokonywanie wpłat regularnych składek inwestycyjnych przez ubezpieczającego;
 - 2) dokonywanie wpłat dodatkowych składek inwestycyjnych przez ubezpieczonego za pośrednictwem ubezpieczającego.
2. Ubezpieczający, dokonując wpłaty każdej składki inwestycyjnej dostarcza zakładowi ubezpieczeń imienną listę ubezpieczonych, na rzecz których nabywane są jednostki uczestnictwa wraz ze wskazaniem:
 - 1) kwot regularnych składek inwestycyjnych, na rzecz każdego z ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C”;
 - 2) kwot dodatkowych składek inwestycyjnych, na rzecz poszczególnych ubezpieczonych znajdujących się na liście, przeznaczonych na nabycie jednostek uczestnictwa ewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „D”.
3. Jednostki uczestnictwa są nabywane według aktualnej wyceny jednostek w dniu wpływu środków na rachunek zakładu ubezpieczeń, pod warunkiem zgodności z dostarczonymi dokumentami, o których mowa w ust. 2 i na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§9

1. W razie nieopłacenia składki z tytułu umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w §5 ust. 4 OWU, zakład ubezpieczeń ma prawo pobrać z indywidualnych kont inwestycyjnych „C” kwotę w wysokości należnej składki z tytułu umowy ubezpieczenia. W przypadku, gdy wartość jednostek uczestnictwa na koncie inwestycyjnym „C” danego ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, zakład ubezpieczeń dokonuje potrącenia z konta „D”.
2. Złożenie oświadczenia, o którym mowa w §4 ust. 1 pkt 1) OWU:
 - 1) powoduje obniżenie sumy ubezpieczenia do poziomu minimalnego i odpowiednią zmianę składki, zgodnie z aktualnie obowiązującą taryfą; umowa ubezpieczenia w zakresie ryzyka zgonu przekształca się w umowę zawartą na czas nieokreślony,
 - 2) nie powoduje rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 3) powoduje rozwiązanie wszystkich pozostałych dodatkowych umów ubezpieczenia.
 - 4) składka, o której mowa w pkt 1) opłacana jest na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§10

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia względem danego ubezpieczonego, kończy się z dniem zajścia jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) dokonania wykupu całkowitego ubezpieczenia, o którym mowa w §11 ,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego,
 - 3) zgonu ubezpieczonego,
 - 4) z dniem, w którym wartość jednostek uczestnictwa zaewidencjonowanych na indywidualnych kontach inwestycyjnych „C” i „D” ubezpieczonego nie wystarcza na pokrycie składki, o której mowa w §9 ust. 1,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczonemu wypłacana jest wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D”.
4. Jeżeli w umowie nie ustalono inaczej, w przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczonemu wypłacana jest wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C”.
5. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwot, o których mowa w ust. 3 i 4 ustalana jest na podstawie wyceny obowiązującej w dniu rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Z dniem określonym w ust.2 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§11

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Wykup częściowy indywidualnego konta inwestycyjnego „D” może być dokonany po upływie jednego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D”. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
3. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” po dokonaniu wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń.
4. Jeżeli w umowie nie ustalono inaczej, ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”.
5. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
6. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia, ustalana jest na podstawie wyceny obowiązującej w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 5.
7. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wszystkim jednostkom uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 12

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych w przypadku:
- 1) dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego,
 - 2) zgonu ubezpieczonego.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa, ustaloną na podstawie wyceny obowiązującej w dniu zajścia danego zdarzenia; wartość ta jednak nie może przekroczyć wartości jednostki uczestnictwa z dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia.
3. W przypadkach wymienionych w ust. 1 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1 pkt 1, jest ubezpieczony.

§ 13

Wysokość opłat związanych z zarządzaniem i administracją Funduszem oraz dokonywaniem wypłat z Funduszu, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie aktualnej tabeli opłat.

§ 14

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 78/99 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku i wprowadzone w życie z dniem 1 kwietnia 1999 roku Zarządzeniem nr 39/99 Prezesa Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA VITA” Spółka Akcyjna z dnia 1 kwietnia 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyta

Katalog Poważnych Zachorowań WARTY VITA

§1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR

§2

1. Za nowotwór uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym stają się niepodatne na mechanizmy regulacyjne organizmu.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki (z wyjątkiem przewlekłej białaczki limfatycznej) i chłoniaki.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka oraz nowotwory łagodnie, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia, a także współistnienie nowotworu z obecnością wirusa HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Każdy przypadek musi mieć udokumentowane:
 - 1) bóle zamostkowe w wywiadzie,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca.

UDAR MÓZGU

§4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny. Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej (zniszczenie tkanki mózgowej spowodowanej wylewem, zawałem zatorowym lub niezatorowym) manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§5

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

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek (niezależnie od przyczyn) wymagające regularnych dializ lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą, a przeszczep wykonywany jest w Polsce lub za granicą na podstawie decyzji Krajowego Ośrodka Transplantologii.

§8

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 21/99 Zarządu „WARTY VITA” Spółka Akcyjna z dnia 3 lutego 1999 roku i wprowadzony w życie z dniem 10 lutego 1999 r. Powyższa uchwała została zmieniona Uchwałą nr 146/99 Zarządu „WARTY VITA” Spółka Akcyjna z dnia 27 maja 1999 roku z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 1999 roku.



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



Prezes Zarządu
„WARTY VITA” S.A.
Agenor Jan Gawrzyał