

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „XXI – GRUPA”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis treści

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „XXI – GRUPA”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	3
3. Suma ubezpieczenia	3
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	4
6. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	4
7. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
8. Objęcie ochroną ubezpieczeniową nowych osób w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia	5
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	6
10. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	6
11. Postanowienia końcowe	7
II. Lista Ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „XXI – GRUPA”	9
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	10
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu	12
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego	14
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	17
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku, Powstania Częściowego Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku	19
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego	23
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	26
X. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Zakażenia Wirusem HIV	29
XI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Trwałego Uszczerbku na Zdrowiu Ubezpieczonego	31
XII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgonu Noworodka	34
XIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne	37
XIV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	41
XV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	44
XVI. Zasady Działania Funduszy	50
XVII. Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”	53
XVIII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”	55
XIX. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Ubezpieczonego	57
XX. Katalog Operacji WARTY VITA	59
XXI. Tabela opłat	61

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „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** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, zatrudniająca ubezpieczonych; dla potrzeb niniejszych OWU na równi z zatrudnieniem traktuje się istnienie pomiędzy ubezpieczającym i osobami obejmowanymi 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** - osoba fizyczna zatrudniona przez ubezpieczającego, oraz ubezpieczający będący osobą fizyczną, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia; dla potrzeb niniejszych OWU przez zatrudnionego rozumie się także osobę współpracującą (w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych) przy prowadzeniu przez ubezpieczającego działalności gospodarczej,
 - 3) **uprawniony** - osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowa, 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** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Dodatkowego stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **umowa ubezpieczenia indywidualnego** - umowa, w ramach której ubezpieczony kontynuuje ochronę ubezpieczeniową, która wygasa w związku z wystąpieniem ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 8) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** - suma pieniężna, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** - rocznica daty zawarcia umowy 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 „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU.
4. W przypadku zawarcia umów dodatkowych przedmiotem ubezpieczenia może być zdrowie ubezpieczonego lub współubezpieczonego, lub życie współubezpieczonego.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego.
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. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku wskazanym w ust. 6 oraz w przypadku dokonania indeksacji, o której mowa w §5 ust.9 OWU.
6. 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

- Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - umowa ubezpieczenia przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - oświadczenie, o którym mowa w pkt 1, powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
 - umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia.
- 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;
 - 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,
 - dokumenty, o których mowa powyżej powinny być podpisane przez ubezpieczonego,
 - dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
- 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 terminie 14 dni, licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego informacji o brakach wniosku, z zastrzeżeniem iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
- Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
- Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
- Przystępując do umowy ubezpieczenia i podpisując deklarację uczestnictwa ubezpieczony wyraża jednocześnie zgodę na dokonywanie zmian warunków ubezpieczenia wynikających z umowy ubezpieczenia oraz rozwiązanie umowy ubezpieczenia w każdym czasie, w trybie wskazanym w OWU.
- Wszystkie dane ubezpieczonych oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

- Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia, z uwzględnieniem zmian wynikających z indeksacji, o której mowa w ust. 9. Wysokość składki należnej z tytułu umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich ubezpieczonych w ramach danej umowy ubezpieczenia.
- Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem ubezpieczającego.
- Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę na rzecz ubezpieczonego w terminie 15 dni od dnia zawarcia umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
- Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić w terminie 15 dni licząc od pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
- Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.
- 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.
- Jeżeli liczba ubezpieczonych ulegnie zmianie, odpowiedniej zmianie ulegnie również składka; postanowienia §10 stosuje się odpowiednio.
- Składka obliczana jest indywidualnie dla każdego ubezpieczającego i dla każdej grupy na podstawie: sumy ubezpieczenia, częstotliwości płatności składki, liczby ubezpieczonych, ich wieku, płci, stanu zdrowia, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
- Indeksacja składki oraz składek wynikających z dodatkowych umów ubezpieczenia może być dokonana w formie zmiany umowy ubezpieczenia, za zgodą obu stron wyrażoną na piśmie, pod rygorem nieważności.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 6

- Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, a w odniesieniu do osób obejmowanych ochroną ubezpieczeniową w trakcie obowiązywania

- umowy ubezpieczenia - w dniu ich przystąpienia do ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego w terminie, o którym mowa w §5 ust.3, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
 3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
 4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń względem danego ubezpieczonego, kończy się:
 - 1) z dniem wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia,
 - 2) z ostatnim dniem miesiąca kalendarzowego, w którym ustąpiło zatrudnienie ubezpieczonego u ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust.8, a w przypadku ubezpieczającego - z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
 - 3) z dniem zgonu ubezpieczonego.
 5. Z dniem określonym w ust. 4 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.
 6. W przypadku niezapłacenia składki w terminie, o którym mowa w §5 ust. 4, zakład ubezpieczeń może zawiesić odpowiedzialność.
 7. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczeń z tytułu zdarzeń objętych umową ubezpieczenia powstałych w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
 8. W przypadku rozwiązania umowy będącej podstawą zatrudnienia ubezpieczonego u ubezpieczającego i ponownego zawarcia umowy, na podstawie której ubezpieczony jest zatrudniany u ubezpieczającego, jeżeli nastąpiło to nie później niż pierwszego dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, iż zatrudnienie u ubezpieczającego nie ustało (ciągłość zatrudnienia) oraz odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń nie wygasa i trwa nadal.

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,
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 5 ust. 6 - z upływem dodatkowego terminu,
 - 5) porozumienia stron umowy ubezpieczenia - w terminie wskazanym w porozumieniu.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowych.

§ 8

Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.

§ 9

1. Umowa ubezpieczenia może być wypowiedziana przez ubezpieczającego w każdym czasie, bez ważnego powodu, na piśmie, na koniec miesiąca kalendarzowego z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia.
2. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia i jej wypowiedzenie nie zwalniają ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia 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 udzielania ochrony ubezpieczeniowej uważa się za miesiąc pełny.

OBJĘCIE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ NOWYCH OSÓB W TRAKCIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. W trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może objąć ochroną ubezpieczeniową osoby wcześniej nie ubezpieczone na podstawie list osób przystępujących i deklaracji uczestnictwa.
2. Przy obejmowaniu ochroną ubezpieczeniową osób, 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 Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 11

Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rzecz,
- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru.

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 niniejszych OWU.

§ 13

Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia lub w wyższej wysokości, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie 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. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego i ubezpieczonego oraz przeprowadza postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także pisemnie lub drogą elektroniczną informuje uprawnionego, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia świadczenia.
3. Zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni, licząc od daty otrzymania kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w powyższym terminie wyjaśnienie wszystkich okoliczności koniecznych do ustalenia zasadności wypłaty świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zakładu ubezpieczeń zostanie wypłacone w ciągu 14 dni, licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia.
6. 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 na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. Wszelkie świadczenia zakład ubezpieczeń może pomniejszyć o zaległości z tytułu opłacania składek i inne należności zakładu ubezpieczeń wynikające z umowy ubezpieczenia wraz z należnymi odsetkami.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 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 lub odwołać 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 dnia następnego po dostarczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń 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.

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.
3. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby zakładu ubezpieczeń, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
5. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust.3, przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 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 doręczony do siedziby zakładowi ubezpieczeń 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

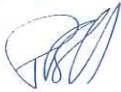
1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem trzech lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się w dniu, w którym nastąpiło zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową.
3. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do zakładu ubezpieczeń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

§ 22

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

§ 23

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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

§ 1

Niniejsza lista obejmuje ryzyka, które mogą być objęte ochroną w ramach ubezpieczenia Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „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 zgonu ubezpieczonego oraz 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) zgon ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu;
- c) inwalidztwo ubezpieczonego;
- d) powstanie inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- e) powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
- f) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania;
- g) powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- h) czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego;
- i) wystąpienie u ubezpieczonego choroby Creutzfeldta-Jakoba;
- j) wystąpienie u ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi);
- k) wystąpienie u ubezpieczonego zakażenia wirusem HIV (w związku z wykonywanym zawodem).

§ 5

Do grupy ryzyk związanych z pobytem w szpitalu należy:

- a) dzienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego,
- b) dzienne świadczenie szpitalne małżonka ubezpieczonego,
- c) operacja ubezpieczonego.

§ 6

Do grupy ryzyk związanych z rodziną ubezpieczonego należą:

- a) zgon małżonka ubezpieczonego;
- b) zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- c) zgon rodzica małżonka ubezpieczonego;
- d) urodzenie się dziecka ubezpieczonemu;
- e) zgon noworodka;
- f) zgon dziecka ubezpieczonego;
- g) zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- h) osierocenie dziecka przez ubezpieczonego;
- i) powstanie częściowego inwalidztwa małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- j) powstanie częściowego inwalidztwa dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- k) zgon rodzica ubezpieczonego;
- l) wystąpienie u małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania;
- m) wystąpienie u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania.

§ 7

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

§ 8

Niniejsza lista została zatwierdzona Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użyty 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) **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 ramach dotatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dotatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dotatkowej 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 dotatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w OWU.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) 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,
 - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) 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 lub w wysokości innej wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie 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

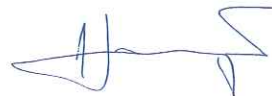
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego na Skutek Zawału Serca lub Udaru Mózgu (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 „XXI – GRUPA” (zwane dalej OWU).

§ 2

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

- 1) **zawał serca** - zdarzenie powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia; za zawał serca uważa się pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) znaczne podwyższenie poziomu enzymów specyficznych dla zawału serca.Dusznicza bolesna nie jest objęta ubezpieczeniem,
- 2) **udar mózgu** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu umowy ubezpieczenia każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) powstałych w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego powodujących świeże zmiany morfologiczne w tkance mózgowej stwierdzone w badaniu CT lub MRI, manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym (potwierdzonym obiektywnie w badaniu lekarskim). Uszkodzenia tkanki mózgowej lub krwawienia wewnątrzczaszkowe będące wynikiem urazu nie są objęte ubezpieczeniem. Ubezpieczeniem nie jest objęte również przemijające niedokrwienie mózgu (TIA),
- 3) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 4) **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 ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia lub dodatkowej 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 w umowie ubezpieczenia.
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 na skutek zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się niezależnie od postanowień OWU i 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 zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 5) 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,
- 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 7) 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 zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia lub w wysokości innej wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.
2. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu ubezpieczonego na skutek zawału serca lub udaru mózgu, wypłaci świadczenie jeśli zgon ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu 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 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **inwalidztwo** - powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest 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) **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.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2. i ust.3.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1 i ust. 2, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń:
 - 1) z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, które powstało w wyniku wypadku - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego,
 - 2) z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, które powstało z innych przyczyn, niż wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
4. W przypadku wystąpienia inwalidztwa ubezpieczonego, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust. 1 i ust. 3 pkt 2) zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy

- grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż "WARTA VITA" S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5,
- 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTĄ VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTĄ VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.
 5. W okresie 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego, powstałego z innych przyczyn niż wypadek, ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia.
 6. W przypadku, o którym mowa w ust. 4 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia inwalidztwa ubezpieczonego może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż "WARTA VITA" S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
 7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony jest mężczyzną.
 8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) 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,
 - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) 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 lub w wyższej wysokości, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego nie może być wyższa niż wysokość świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego.
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 „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 wypłaconego 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 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użyty 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, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez zakład ubezpieczeń, jest 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) **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.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się niezależnie od postanowień OWU i 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 powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,

- 5) 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,
- 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu 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 lub w wyższej wysokości, wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie większej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, iż wysokość świadczenia z tytułu inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku nie może być wyższa niż wysokość świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego.
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 „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 wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w 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 skutek 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

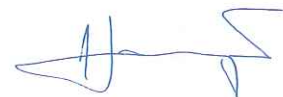
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku, Powstania Częściowego Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Częściowego Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku, Powstania Częściowego Inwalidztwa Współubezpieczonego 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 „XXI – GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** - nagle zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **częściowe inwalidztwo** - powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała ubezpieczonego lub współubezpieczonego 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) **współubezpieczony** - małżonek lub dziecko ubezpieczonego,
- 4) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 5) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia,
- 6) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 7) **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 o zawarcie umowy ubezpieczenia dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie przynajmniej jednego z poniższych ryzyk:
 - 1) powstanie częściowego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 2) powstanie częściowego inwalidztwa małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 3) powstanie częściowego inwalidztwa dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku.
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.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych lub współubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia lub dodatkowej umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony jest mężczyzną.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub współubezpieczony jest mężczyzną.

4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem, okaleczeniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego 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 lub współubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 6

1. Z tytułu zdarzenia objętego odpowiedzialnością w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia 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 „XXI - GRUPA”, oraz z grupy ryzyk związanych z rodziną, o których mowa w §6 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „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, o którym mowa w ust. 1, a następnie w ciągu 6 miesięcy od dnia wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego lub zgon współubezpieczonego, wówczas zakład ubezpieczeń pomniejsza świadczenie wypłacane z tytułu zgonu ubezpieczonego lub współubezpieczonego o kwotę świadczenia wypłaconego odrębnie z tytułu zajścia zdarzenia objętego dodatkową umową ubezpieczenia w odniesieniu do każdej z ww. osób w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
4. Świadczenie z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego 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 lub współubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego lub współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia, w stosunku do każdej z osób objętych ubezpieczeniem.
7. Z tytułu powstania częściowego inwalidztwa dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia oraz nie więcej niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust. 10.
8. Z dniem wypłaty świadczenia z tytułu powstania częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego w wyniku wypadku w wysokości 100% sumy ubezpieczenia wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, względem tego ubezpieczonego lub współubezpieczonego.
9. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.
10. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie powstania ryzyka, o którym mowa w § 3 ust. 2 pkt 3) niniejszych Warunków, strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

§ 7

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

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

2. Użyte w ust.1 poszczególne terminy oznaczają:
- ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - dłoń – palce i śródreżce,
 - udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - 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 lub współubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

§ 8

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

2. Stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub współubezpieczonego ustalany jest 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. Świadczenie z tytułu częściowego inwalidztwa może być wypłacone po ustaleniu stopnia częściowego inwalidztwa ubezpieczonego lub odpowiednio współubezpieczonego.

§ 9

W razie wypadku ubezpieczony i współubezpieczony 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 lub współubezpieczony 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

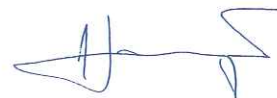
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Czasowej Niezdolności do Pracy 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 „XXI-GRUPA” (zwane dalej OWU).

§ 2

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

- 1) **czasowa niezdolność do pracy ubezpieczonego** - niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 30 dni kalendarzowych oraz została poświadczona zwolnieniami lekarskimi, z zastrzeżeniem iż zostały one wydane z powodu tej samej choroby lub wypadku,
- 2) **zwolnienie lekarskie** - zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby lub wypadku wydane przez lekarza spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku,
- 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) **dni robocze** - wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w odrębnych przepisach,
- 6) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **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 55 lat.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
6. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczający zatrudnia co najmniej 40 osób.
7. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zostanie objętych:
 - 1) u ubezpieczającego zatrudniającego od 40 osób do 100 osób - przynajmniej 75% osób, nie mniej jednak niż 30 osób,
 - 2) u ubezpieczającego zatrudniającego od 101 osób do 500 osób - przynajmniej 65% osób, nie mniej jednak niż 75 osób,
 - 3) u ubezpieczającego zatrudniającego powyżej 500 osób - przynajmniej 55% osób, nie mniej jednak niż 325 osób.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 55 lat.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego w związku z chorobą stwierdzoną przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadku zaistniałego po tym dniu, z zastrzeżeniem ust.3.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje niezdolności do pracy ubezpieczonego spowodowanej chorobą stwierdzoną przez lekarza w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Ochroną ubezpieczeniową z tytułu czasowej niezdolności do pracy mogą być objęte wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie są osobami niezdolnymi do pracy w rozumieniu ustawy o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych oraz te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie przebywają na zwolnieniu lekarskim.
4. Świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje w wysokości określonej w §7 za każdy roboczy dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego począwszy od 1 dnia roboczego następującego po 30 dniach kalendarzowych czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim dniu roboczym poprzedzającym 180 dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego.
5. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia, o którym mowa w ust. 4, jeżeli w trakcie czasowej niezdolności od pracy ubezpieczonego nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 7

1. Z tytułu czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w maksymalnej wysokości 0,2% sumy ubezpieczenia, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, za każdy roboczy dzień czasowej niezdolności do pracy ubezpieczonego powstałej wskutek choroby lub wypadku, za który należne jest świadczenie zgodnie z §6 ust. 4, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
2. Podstawą do ustalenia wysokości świadczenia, o którym mowa w ust. 1, jest suma ubezpieczenia obowiązująca w dniu rozpoczęcia zwolnienia lekarskiego.
3. Uprawnionym, o którym mowa w ust.1, jest ubezpieczony.

§ 8

Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 5) 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,
- 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
- 9) chorobą psychiczną ubezpieczonego oraz chorobą układu nerwowego,
- 10) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusa HIV,
- 11) ciężką porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 12) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 13) skażeniem jądrowym, chemicznym bądź napromieniowaniem,
- 14) zawodowym uprawianiem sportów.

§ 9

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z czasową niezdolnością do pracy ubezpieczonego 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 czasowej niezdolności do pracy w terminie 7 dni od zakończenia zwolnienia lekarskiego, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) zwolnienie lekarskie,
 - 2) zaświadczenie wydane przez ubezpieczającego potwierdzające nieobecność w pracy, spowodowane czasową niezdolnością ubezpieczonego do pracy,

- 3) inne dokumenty wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (m.in. protokół powypadkowy).
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 10

1. W przypadku czasowej niezdolności do pracy ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) niezwłocznie poddać się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
 - 2) umożliwić zakładowi ubezpieczeń uzyskanie informacji odnoszących się do okoliczności powodujących niezdolność do pracy, 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.
2. Jeżeli wskutek rażącego niedbalstwa ubezpieczony nie wykonał obowiązków, wymienionych w ust.1, a miało to wpływ na ustalenie okoliczności wypadku lub wysokości świadczenia, zakład ubezpieczeń może odmówić wypłaty świadczenia lub je zmniejszyć.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 12

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka 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 „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 „XXI-GRUPA”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego** - „Katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** - „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 4) **poważne zachorowanie** - jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań, rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań lub odpowiednio katalogu poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 5) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 7) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 8) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 20 roku życia.

§ 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 lub małżonków ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.

§ 4

W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej z tytułu:

1. wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) katalog poważnych zachorowań oraz rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
2. wystąpienia u małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) katalog poważnych zachorowań oraz rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
3. wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w:
 - 1) katalogu poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego.

§ 5

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

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej

- umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §5 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń 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 pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
 3. W przypadku wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania, do okresu 3 miesięcy, o którym mowa w ust.1 i 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4;
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTA VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko poważnego zachorowania, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTA VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, z zastrzeżeniem postanowień ust. 4.
 4. W okresie 3 miesięcy od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania ograniczona jest do wypłaty świadczenia w niższej wysokości świadczenia wynikającej z porównania wysokości świadczenia obowiązującej w umowie, którą dotychczas objęty był dany ubezpieczony, a wysokością świadczenia obowiązującą w dodatkowej umowie ubezpieczenia oraz do tych poważnych zachorowań, które były objęte ochroną ubezpieczeniową udzielaną ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 5. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz potwierdzających wysokość świadczenia z tytułu ww. ryzyka.
 6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego lub odpowiednio małżonka ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.
 7. Począwszy od dnia 55 urodzin ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko ograniczonego zakresu poważnych zachorowań. Do ograniczonego zakresu poważnych zachorowań zalicza się w ramach katalogu poważnych zachorowań zdarzenia przewidziane w §1 pkt 5)-6) o ile umowa ubezpieczenia zawarta została w zakresie katalogu poważnych zachorowań oraz zdarzenia przewidziane w § 1 pkt 1)-8) rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań, o ile umowa ubezpieczenia zawarta została w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań.
 8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 5) zatruciem/działaniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka 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) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

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

§ 8


1. Z zastrzeżeniem postanowień ust. 4, z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w maksymalnej wysokości 50% sumy ubezpieczenia, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust. 8, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka 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 lub związanych z rodziną ubezpieczonego, o których mowa w §4 i § 6 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „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, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon odpowiednio ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest zakład ubezpieczeń, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia odpowiednio u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
5. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka 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, małżonka ubezpieczonego, dziecko 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. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia strony mogą określić kwoty stanowiące górną granicę odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w zakresie wystąpienia u małżonka ubezpieczonego poważnego zachorowania lub wystąpienia u dziecka ubezpieczonego poważnego zachorowania.
9. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania ubezpieczonego, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 OWU.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 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 Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Zakażenia Wirusem HIV

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Choroby Creutzfeldta-Jakoba, Zakażenia Wirusem HIV (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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”) i pod warunkiem zawarcia Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania.

§ 2

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

- 1) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 2) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 3) **Choroba Creutzfeldta – Jakoba** - postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
- 4) **Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS /Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** - jako zakażenie, w przypadku, którego można udowodnić, że zostało spowodowane przetoczeniem zakażonej krwi lub produktów krwiopochodnych, pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczeniowej. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia,
- 5) **Zakażenie HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** - jako zakażenie, w przypadku którego można udowodnić, że jest wynikiem przypadkowego ukłucia się igłą/ skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Każde takie zdarzenie, będące powodem roszczenia, musi nastąpić w okresie ważności polisy i musi być zgłoszone zakładowi ubezpieczeń w ciągu 7 dni od zaistnienia tego zdarzenia. Dodatkowo, test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na wniosek ubezpieczającego wyłącznie w przypadku zawarcia Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania w zakresie określonym w katalogu poważnych zachorowań. Ochrona wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje wyłącznie ryzyko wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony obejmującego wystąpienie u ubezpieczonego przynajmniej jednego z poważnych zachorowań wymienionych w § 2 pkt 3,4,5 niniejszych Warunków.
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 opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka płacona przez ubezpieczającego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia powiększa składkę płaconą na podstawie umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Wysokość świadczenia z tytułu ryzyk wskazanych w § 2 pkt 3,4,5, zgodna jest z wysokością świadczenia wynikającą z Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Maksymalna wysokość świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
3. W przypadku, o którym mowa w §2 pkt 4 i 5 nie mają zastosowania postanowienia Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania określające wyłączenie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń w przypadku zdarzeń powstałych w związku z zarażeniem się wirusem HIV.

§ 6

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU i Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego, Małżonka Ubezpieczonego, Dziecka Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania, na podstawie których została zawarta umowa ubezpieczenia.

§ 7

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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 „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) **umową 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.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego kończy się niezależnie od postanowień OWU i 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 powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 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) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współdziałaniu 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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego lub w wysokości wyższej wskazanej w umowie ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia, przy czym:
 - 1) stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego ustala komisja lekarska wyznaczona przez zakład ubezpieczeń,
 - 2) w razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
2. 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 „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 trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego.
6. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
7. Z dniem ustalenia przez komisję lekarską 100% trwałego uszczerbku na zdrowiu 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

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

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

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Współubezpieczonego, Urodzenia się Dziecka Ubezpieczonego, Osierocenia Dziecka przez Ubezpieczonego, Zgonu Noworodka, (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 „XXI - GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

Użyty 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** - osoba, która w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim,
- 3) **rodzic ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia ubezpieczonego lub ojczym lub macocha ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem ubezpieczonego,
- 4) **rodzic małżonka ubezpieczonego** - naturalny ojciec lub naturalna matka małżonka ubezpieczonego lub osoba, która dokonała pełnego lub częściowego przysposobienia małżonka ubezpieczonego lub ojczym lub macocha małżonka ubezpieczonego, jeżeli nie żyje odpowiednio ojciec lub matka, przy czym przez ojczyma i macochę rozumie się osobę, która w dniu zgonu pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio naturalną matką lub naturalnym ojcem małżonka 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, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 1 rok życia, ale nie ukończyło 25 roku życia,
- 8) **zgon noworodka** - zgon dziecka poczętego lecz nienarodzonego, jeżeli zgon nastąpił najwcześniej w 28 tygodniu ciąży oraz zgon dziecka, które przyszło na świat żywe i nie ukończyło 1 roku życia,
- 9) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 10) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 11) **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. 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 ubezpieczonego,
 - 7) zgon noworodka,
 - 8) zgon małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - 9) zgon dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku.
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 w umowie ubezpieczenia.
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, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w §4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu wobec osób, które przystąpiły do ubezpieczenia po upływie 3 miesięcy od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub daty zatrudnienia, rozpoczyna się po upływie 6 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu współubezpieczonego oraz urodzenia się dziecka ubezpieczonemu kończy się, niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia:
 - 1) w dniu następnym po zgonie ubezpieczonego,
 - 2) w dniu następnym po wystąpieniu ubezpieczonego z ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego lub współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) uprawianiem przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego 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,
 - 6) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem/działaniem ubezpieczonego lub współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub współubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka kończy się niezależnie od postanowień OWU i 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 zgonu noworodka, osierocenia dziecka przez ubezpieczonego, zgonu małżonka ubezpieczonego oraz zgonu dziecka ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecko ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego oraz dziecka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru.

§ 8

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu rodzica lub rodzica małżonka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu osierocenia dziecka przez ubezpieczonego polega na wypłacie każdej osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia.

5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu urodzenia się dziecka ubezpieczonemu polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
6. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu noworodka polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w maksymalnej wysokości 20% sumy ubezpieczenia, w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 100% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust.1, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku polega na wypłacie osobie uprawnionej świadczenia w maksymalnej wysokości 40% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w ust.3, nie więcej jednak niż kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń stosownie do postanowień ust.10.
9. Zakład ubezpieczeń udzielając ochrony ubezpieczeniowej w zakresie ryzyka zgonu małżonka ubezpieczonego w wyniku wypadku oraz zgonu dziecka ubezpieczonego w wyniku wypadku, wypłaci świadczenie jeśli zgon małżonka oraz zgon dziecka ubezpieczonego nastąpi w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego bezpośrednią przyczyną zgonu.
10. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyk wymienionych w § 3 ust. 2 pkt 1)-4) i pkt 6)-9) niniejszych Warunków, strony mogą określić w umowie ubezpieczenia 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 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 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 „XXI – GRUPA” (zwane dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **szpital** - działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** - oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) - wydzielony oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** - nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną,
- 4) **choroba** - stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** - każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa
- 6) **wada wrodzona** - defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 7) **umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 9) **małżonek ubezpieczonego** - osoba, którą w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim.

§ 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. W zależności od treści wniosku ubezpieczającego dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest w zakresie przynajmniej jednego z poniższych ryzyk:
 - 1) **dienne świadczenie szpitalne ubezpieczonego,**
 - 2) **dienne świadczenie szpitalne małżonka ubezpieczonego.**
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
5. W przypadku zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń z tytułu tej umowy objęte są wyłącznie te z osób ubezpieczonych w ramach umowy ubezpieczenia i małżonków ubezpieczonych, które nie osiągnęły wieku 60 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.
6. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia nie więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jeżeli ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zostanie objętych 100% spośród wszystkich osób ubezpieczonych w ramach wszystkich umów ubezpieczenia zawartych przez zakład ubezpieczeń z ubezpieczającym na podstawie OWU. W przypadku objęcia umową ubezpieczenia więcej niż 50 osób, dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta na zasadach określonych przez zakład ubezpieczeń.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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, małżonka ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.

3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego lub odpowiednio małżonka ubezpieczonego wieku 60 lat jeżeli jest kobietą lub 65 lat jeżeli ubezpieczony lub odpowiednio małżonek ubezpieczonego jest mężczyzną.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby lub wypadku, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego a kończącego się po tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku zajścia zdarzenia objętego ochroną wynikającą z dodatkowej umowy ubezpieczenia, do okresu 60 dni, o którym mowa w ust. 2, zalicza się również okres opłacania składek przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego:
 - 1) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem, że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko,
 - 2) z tytułu umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTA VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ryzyko Dzielne Świadczenie Szpitalne, pod warunkiem że ubezpieczony był pracownikiem zatrudnionym przez ubezpieczającego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, a małżonek ubezpieczonego - jeżeli zdarzenie dotyczy małżonka ubezpieczonego - w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia pozostawał z ubezpieczonym w związku małżeńskim, i bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego zarówno ubezpieczony jak i małżonek ubezpieczonego, był objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie zawartej z „WARTA VITA” S.A., przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), świadczenie z tytułu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu, może być wypłacone pod warunkiem doręczenia zakładowi ubezpieczeń dokumentów potwierdzających obejmowanie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową w ramach umowy grupowego ubezpieczenia na życie, zawartej z innym niż „WARTA VITA” S.A. zakładem ubezpieczeń, przewidującej w swym zakresie ww. ryzyko, bezpośrednio przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku, gdy przyczyną pobytu w szpitalu był wypadek i gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia dziennie świadczenia szpitalne przysługują wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dziennie świadczenia szpitalne przysługują wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba - także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 4 dni.

§ 7

1. Dzielne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia szpitalnego, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 1 za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 4 dni, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 10 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

§ 9

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 11 ust. 2 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

3. W przypadku wielokrotnych pobytów w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, dzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.
4. Zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości i na zasadach, tak jak w przypadku dziennego świadczenia szpitalnego, którego przyczyną jest choroba.

§ 10

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

§ 11

1. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba wynosi 0,25% lub 0,5% sumy ubezpieczenia w zależności od postanowień umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
2. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek jest dwukrotnością stawki dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.
3. Stawka dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt na OIOM, wynosi 1,25% sumy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż limit ustalony przez zakład ubezpieczeń w umowie ubezpieczenia.

§ 12

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciężką, porodem, poronieniem samodzielnym lub sztucznym - z wyłączeniem przypadków ciąży wysokiego ryzyka, powikłaniami ciąży oraz komplikacjami porodu,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniami lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego,
- 7) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego,
- 8) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 9) czynnym udziałem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 10) pełnieniem przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 11) uprawianiem przez ubezpieczonego, małżonka 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,
- 12) prowadzeniem przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 14) pozostawianiem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 13

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego 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 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający zgodnie z przepisami Ministerstwa Zdrowia 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 niniejszego załącznika nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTY VITA” stanowiący załącznik do niniejszej dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWU,
- 9) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień 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.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
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 po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, pod warunkiem zapłacenia składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, w terminie wskazanym w § 5 ust.3 OWU, z zastrzeżeniem ust.2.
2. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust.1, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń rozpoczyna się po upływie 60 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień OWU i umowy ubezpieczenia w dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 6

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji w ciągu pierwszych 60 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na rzecz danego ubezpieczonego.
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 operacje ubezpieczonego 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. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciężką porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia niniejszej umowy,
 - 7) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 8

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po rozpoczęciu odpowiedzialności przewidzianej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najlżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa może być wyrażona jako wielokrotność 500,00 PLN i nie może przekraczać górnego limitu wynoszącego 7 000,00 PLN.
4. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia, na podstawie wskazania zawartego we wniosku ubezpieczającego, i stanowi podstawę ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 - 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 - 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 - 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 - 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 - 100% kwoty bazowej.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Jeżeli ochrona ubezpieczeniowa obejmuje co najmniej jedno ryzyko z grupy ryzyk chorobowych i wypadkowych, o których mowa w §4 Listy ryzyk Grupowego Ubezpieczenia na Życie z Funduszem „XXI - GRUPA”, stanowiącej załącznik do OWU, oraz ryzyko na wypadek operacji i jeżeli zdarzenia te zaistniały z tej samej przyczyny, wówczas kwota wypłacona przez zakład ubezpieczeń z tytułu zajścia tych zdarzeń nie może przekroczyć kwoty wyższego ze świadczeń.

8. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
9. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
10. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności, operacji wymienionej w katalogu operacji.

§ 9

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia zakładu ubezpieczeń o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie powiadomienia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 10


W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (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 „XXI - GRUPA” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **Fundusz** - wydzielona część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **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,
- 8) **nabywanie jednostek uczestnictwa** - przeliczanie środków pieniężnych pochodzących ze składek inwestycyjnych opłacanych z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 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.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego.

§ 4

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

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze, stanowiące wydzieloną dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Fundusze tworzone są 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, za pośrednictwem ubezpieczającego.
3. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w jednostkach uczestnictwa o jednakowej wartości, na które przeliczane są składki wymienione w ust. 2.
4. W ramach każdego z Funduszy zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konta inwestycyjne:
 - 1) indywidualne konto inwestycyjne „C” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za regularne składki inwestycyjne;
 - 2) indywidualne konto inwestycyjne „D” - na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za dodatkowe składki inwestycyjne.

§ 6

1. Środki Funduszy lokowane są - zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest w wysokości wartości rynkowej wszystkich lokat środków Funduszu według ich stanu w dniu wyceny, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
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 świadczeń i wykupów wypłaconych przez zakład ubezpieczeń w trybie przewidzianym w niniejszych Warunkach,
 - 2) opłaty i koszty wymienione w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy, o których mowa w § 16 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Cena jednostki uczestnictwa ustalana jest na podstawie wyceny.
2. Wycena jednostek uczestnictwa polega na ustaleniu wartości aktywów Funduszu przypadających na jednostkę uczestnictwa i dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Ustalanie ceny jednostki uczestnictwa dokonuje się poprzez podzielenie wartości aktywów Funduszu pomniejszonej o koszty i opłaty, o których mowa w tabeli opłat oraz Zasadach Działania Funduszy określonych w § 16 niniejszych Warunków, przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu dokonania wyceny do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena łącznie.
4. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego i ubezpieczonego o aktualnej cenie jednostki uczestnictwa i o aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnych kontach ubezpieczonego raz na rok, a także na każde żądanie ubezpieczającego 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 ceny jednostek uczestnictwa obowiązującej 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, z zastrzeżeniem ust.4. Przeliczenie składki inwestycyjnej na jednostki uczestnictwa dokonywane jest niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 14 dni roboczych licząc od daty wpływu środków na rachunek zakładu ubezpieczeń, pod warunkiem zgodności dokumentów, o których mowa w ust.2, z zastrzeżeniem ust.4.
4. Jeżeli do dnia wpływu składki inwestycyjnej na konto zakładu ubezpieczeń, ubezpieczający nie dostarczył do siedziby zakładu ubezpieczeń imiennej listy ubezpieczonych, o której mowa w ust. 2, lub jeżeli występują niezgodności w dostarczonych dokumentach, wówczas jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu otrzymania przez zakład ubezpieczeń imiennej listy ubezpieczonych lub wyjaśnienia wszystkich niezgodności.

§ 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, z dniem doręczenia powyższego oświadczenia zakładowi ubezpieczeń, obniżenie sumy ubezpieczenia do poziomu minimalnego i odpowiednią zmianę składki, zgodnie z tabelą opłat, o której mowa w §16 niniejszych Warunków; 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, z dniem doręczenia powyższego oświadczenia zakładowi ubezpieczeń,
 - 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, w którym zapłacona została przez ubezpieczającego na rzecz danego ubezpieczonego składka, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków, oraz doręczona została zakładowi ubezpieczeń lista, o której mowa w § 8 ust. 2, pozwalająca na przyporządkowanie składek poszczególnym ubezpieczonym.

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 § 13 niniejszych Warunków,
 - 2) dożycia wieku emerytalnego, z zastrzeżeniem postanowień § 15 niniejszych Warunków,
 - 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 niniejszych Warunków,
 - 5) rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Regularne składki inwestycyjne oraz dodatkowe składki inwestycyjne w częściach wynikających z potrącenia opłat, zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, lokowane są w różnych Funduszach zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Zrównoważonym. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający ma prawo dokonać zmiany podziału procentowego. Zmiana powyższego podziału może być dokonywana za zgodą zakładu ubezpieczeń oraz dotyczy wszystkich uczestników Funduszu ubezpieczonych w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest dla wszystkich jednakowa.
4. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.
5. Ubezpieczający ma prawo za zgodą zakładu ubezpieczeń dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami.
6. Transfer jednostek uczestnictwa, o którym mowa w ust.5, dokonywany jest na pisemny wniosek określający, jednakowy dla wszystkich uczestników Funduszu, procent środków zaewidencjonowanych na rachunkach podlegających transferowi, przy czym:
 - 1) transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu transferu, niezwłocznie, najpóźniej w terminie do 30 dni licząc od dnia dostarczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczającego odpowiedniego wniosku złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń,
 - 2) transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z aktualnie obowiązującą tabelą opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany,
 - 3) w przypadku wskazania liczby jednostek uczestnictwa podlegających transferowi o wartości powyżej 95% środków znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, transfer jednostek uczestnictwa dokonywany jest w wysokości 100% środków zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
7. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz opłat związanych z dokonywaniem transferu jednostek uczestnictwa określona jest na podstawie aktualnej tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.

§ 12

1. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) i nie złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia grupowego lub nie zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego:
 - 1) jeżeli wystąpienie nastąpiło przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają wartość indywidualnych kont „C” pozostałych ubezpieczonych według zasad określonych w ust. 4;
 - c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji w dniu, w którym dokonany został transfer, o którym mowa w pkt b),
 - 2) jeżeli wystąpienie nastąpiło po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;
 - b) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego na podstawie wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia i złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia indywidualnego w ciągu 3 miesięcy od dnia, w którym ubezpieczony wystąpił z ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia:
 - a) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wobec tego ubezpieczonego wygasa;

- b) środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego powiększają w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia indywidualnego wartość środków ewidencjonowanych w ramach ubezpieczenia indywidualnego, z tym, że ich wypłata może nastąpić najwcześniej po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia;
- c) indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego ulega likwidacji.
3. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia przed upływem 5 lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, a następnie przystąpienia do tego ubezpieczenia przed upływem 3 miesięcy licząc od daty wystąpienia, środki znajdujące się na indywidualnym koncie „C” tego ubezpieczonego zostają w dniu ponownego przystąpienia do ubezpieczenia przetransferowane na indywidualne konto „C” tego ubezpieczonego, utworzone przez zakład ubezpieczeń w związku z ponownym przystąpieniem ubezpieczonego do ubezpieczenia. W powyższym przypadku pięcioletni okres, o którym mowa w postanowieniach niniejszego paragrafu, liczony jest od dnia, w którym pierwszy raz na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia.
4. W przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 1) b) środki zgromadzone na indywidualnych kontach „C” ubezpieczonych, którzy wystąpili z ubezpieczenia, zostaną przetransferowane na specjalne konto inwestycyjne prowadzone w ramach tego samego Funduszu – osobno dla każdego ubezpieczającego. Zgromadzone w ten sposób środki będą systematycznie powiększały wartość indywidualnych kont „C” pozostałych ubezpieczonych poprzez transfer jednostek ze specjalnego konta. Transfer ten będzie następował raz w roku, pod warunkiem zgromadzenia kwoty pozwalającej na proporcjonalne powiększenie wartości indywidualnych kont „C” o kwotę odpowiadającą co najmniej minimalnej wysokości regularnej składki inwestycyjnej.
5. Ubezpieczony może dokonać wykupu częściowego lub całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „C” nie wcześniej niż po upływie pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek ubezpieczonego.
6. Uprawnionym do świadczeń z umowy ubezpieczenia nie jest ubezpieczający.
7. W okresie pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia wyłącza się:
- 1) wypłatę kwoty stanowiącej wartość odstąpienia od umowy ubezpieczenia,
 - 2) wypłatę z tytułu dożycia wieku określonego w umowie ubezpieczenia,
 - 3) możliwość zaciągania zobowiązań pod zastaw praw wynikających z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia przed upływem pięciu lat od końca roku kalendarzowego, w którym zawarta została na rzecz danego ubezpieczonego dodatkowa umowa ubezpieczenia, indywidualne konto „C” danego ubezpieczonego nie ulega likwidacji - wartość wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym „C” ubezpieczonego podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity, do którego mają zastosowanie postanowienia §13 ust. 6 Warunków. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia po dożyciu wieku emerytalnego określonego w umowie ubezpieczenia, postanowienia ust. 1 pkt. 1) nie mają zastosowania. Postanowienia ust. 1 – 8 mają zastosowanie w przypadku gdy ubezpieczający złożył wniosek o włączenie ich do umowy ubezpieczenia.

§ 13

1. Ubezpieczony może dokonać wykupu całkowitego indywidualnego konta inwestycyjnego „D” w każdym czasie.
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 trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym „D” po dokonaniu wykupu częściowego nie może być niższa niż minimalna kwota wskazana w tabeli opłat, o której mowa w § 16 niniejszych Warunków.
4. Ubezpieczony może dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” w przypadkach i na zasadach określonych w ust. 1-3 dla wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „D”, z zastrzeżeniem, iż umowa ubezpieczenia może wskazywać okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C” oraz z uwzględnieniem postanowień § 12 niniejszych Warunków.
5. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu niezwłocznie, najpóźniej w ciągu 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup doręczonego do zakładu ubezpieczeń przez ubezpieczonego na formularzu zakładu ubezpieczeń.
6. W przypadku, gdy w dodatkowej umowie ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia § 12 niniejszych Warunków lub też umowa ubezpieczenia wskazuje okres, po upływie którego można dokonać wykupu indywidualnego konta inwestycyjnego „C”, wniosek o częściowy lub całkowity wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C” jest ważny pod warunkiem, że został doręczony zakładowi ubezpieczeń po upływie terminu, po którym możliwy jest wykup indywidualnego konta inwestycyjnego „C”. Wniosek doręczony przed powyższym terminem jest nieważny i nie stanowi podstawy dla dokonania wykupu.
7. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu całkowitego bądź częściowego wykupu ubezpieczenia, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 5.,
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 5.

9. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie inwestycyjnym, wówczas dane konto ulega likwidacji.

§ 14

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, z zastrzeżeniem § 15 niniejszych Warunków,
 - 2) zgonu ubezpieczonego.
2. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, o którym mowa w ust.1, zakład ubezpieczeń przyjmuje wartość jednostek uczestnictwa ustalaną na podstawie ceny z dnia złożenia wniosku o wypłatę świadczenia do zakładu ubezpieczeń.
3. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z wystąpieniem wszystkich ubezpieczonych z ubezpieczenia. W takim przypadku zakład ubezpieczeń dokonuje wypłaty kwoty wykupu ubezpieczenia na rzecz poszczególnych ubezpieczonych na następujących zasadach:
 - 1) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „D” danego ubezpieczonego - w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego;
 - 2) w odniesieniu do środków zgromadzonych na indywidualnym koncie „C” danego ubezpieczonego:
 - a) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od danego ubezpieczonego, nie wcześniej jednak niż po upływie okresu pięciu lat licząc od końca roku kalendarzowego, w którym na rzecz tego ubezpieczonego zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, jeżeli ubezpieczający wnioskował o objęcie go postanowieniami §12 niniejszych Warunków, lub nie wcześniej niż po upływie wskazanego w umowie ubezpieczenia okresu, po którym można dokonać wykupu,
 - b) w terminie 30 dni od dnia otrzymania przez zakład ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia od tego ubezpieczonego, jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami §12 niniejszych Warunków, lub nie został wskazany okres, po którym można dokonać wykupu.
4. Wartość jednostek uczestnictwa użyta do wyznaczenia wysokości kwoty wypłacanej z tytułu wykupu ubezpieczenia dokonywanego na zasadach określonych w ust. 3, ustalana jest na podstawie ceny obowiązującej w dniu doręczenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup.
5. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, z zachowaniem terminu wypłaty, o którym mowa w ust.3.
6. W związku z rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń nie dokonuje zwrotu składek, wpłaconych z tytułu tego ryzyka, za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
7. Z dniem wypłaty określonym w ust. 3 indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego ulegają likwidacji.
8. W przypadku wystąpienia ubezpieczonego z ubezpieczenia (przy czym na równi z wystąpieniem z ubezpieczenia traktuje się wygaśnięcie odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wobec ubezpieczonego w związku z ustaniem jego zatrudnienia u ubezpieczającego lub zaprzestaniem prowadzenia działalności gospodarczej) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu kwotę odpowiadającą aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się:
 - a) na indywidualnym koncie „D” ubezpieczonego oraz
 - b) na indywidualnym koncie „C” ubezpieczonego - jeżeli ubezpieczający nie wnioskował o objęcie go postanowieniami §12 niniejszych Warunków, na podstawie wniosku o wykup całkowity, do którego ma zastosowanie §13 niniejszych Warunków.

§ 15

1. W odniesieniu do ubezpieczonych, za których zakład ubezpieczeń otrzymał od ubezpieczającego kolejną składkę inwestycyjną w wysokości określonej w umowie ubezpieczenia, pomimo zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 10 ust. 2 pkt 2) niniejszych Warunków, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego trwa nadal do dnia upływu kolejnych pięciu lat licząc od dnia dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego oraz indywidualne konta inwestycyjne ubezpieczonego nie ulegają likwidacji z dniem dożycia wieku emerytalnego.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaca ubezpieczonym, o których mowa w ust. 1, świadczenia z tytułu dożycia wieku emerytalnego, w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnych kontach inwestycyjnych, o którym mowa w §14 ust. 1 pkt 1) niniejszych Warunków. Wartość wszystkich jednostek uczestnictwa, o której mowa powyżej, podlega wypłacie na podstawie wniosku ubezpieczonego o wykup całkowity doręczonego do zakładu ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń, do którego mają zastosowanie postanowienia § 13 Warunków.
3. Z dniem dokonania wykupu całkowitego, o którym mowa w ust. 2, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego względem danego ubezpieczonego kończy się.
4. Zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do zwrotu składek inwestycyjnych wpłaconych na rzecz danego ubezpieczonego po dacie dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3.
5. Z dniem dokonania wykupu, o którym mowa w ust. 3, indywidualne konta inwestycyjne danego ubezpieczonego ulegają likwidacji.

§ 16

Wysokość opłat związanych z zarządzaniem i administracją Funduszem oraz dokonywaniem wypłat z Funduszu, a także zasady ich pobierania określone są na podstawie aktualnie obowiązującej tabeli opłat oraz Zasad Działania Funduszy, stanowiących załącznik do OWU.

§ 17

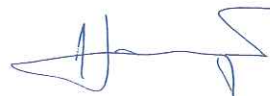
W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 18

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 292/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

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

OGÓLNE ZASADY FUNKCJONOWANIA FUNDUSZY

§ 2

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU BEZPIECZNEGO

§ 3

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

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 4

1. Celem Funduszu Zrównoważonego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu Zrównoważonego obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Zrównoważonego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Zrównoważonego przedstawia się w sposób następujący:

- a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;
 - b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie od 0% do 100%.
 6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
 7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami Funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów Funduszu.
 8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
 9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU AKTYWNEGO

§ 5

1. Celem Funduszu Aktywnego jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat Funduszu Aktywnego obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe.
3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Aktywnego prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Aktywnego przedstawia się w sposób następujący:
 - a) 40% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak: obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków oraz certyfikatów depozytowych banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów.
 - b) 60% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.
5. Dopuszcza się możliwość występowania odchyień od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie od 0% do 100%.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 10% wartości aktywów Funduszu.
8. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.
9. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2,3% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU PAPIERÓW DŁUŻNYCH

§ 6

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

wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,5% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU TRZECIOFILAROWEGO ZRÓWNOWAŻONEGO

§ 7

1. Celem Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest wzrost wartości aktywów Funduszu w wyniku wzrostu wartości lokat Funduszu.
2. Aktywa Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego inwestowane są w jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, w pierwszej kolejności w jednostki uczestnictwa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Fundusz Inwestycyjny Otwarty.
3. Aktywa WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Funduszu Inwestycyjnego Otwartego lokowane są przede wszystkim w akcje – w stopniu umożliwiającym osiągnięcie struktury lokat charakterystycznej dla tego typu funduszy, nie więcej niż 50% aktywów – oraz w dłużne papiery wartościowe.
4. Zakład ubezpieczeń, w uzasadnionych przypadkach, może dokonywać innych lokat niż wskazane w ust. 2, zawierających się w charakterystyce Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego, przy czym charakterystyka Funduszu Trzeciofilarowego Zrównoważonego jest tożsama z charakterystyką polityki inwestycyjnej WARTA Trzeciofilarowy Zrównoważony Funduszu Inwestycyjnego Otwartego, wskazaną w ust. 3.
5. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 2% w skali roku.

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

§ 8

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

ZASADY WYCENY ŚRODKÓW WCHODZĄCYCH W SKŁAD FUNDUSZY

§ 9

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

§ 10

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

§ 11

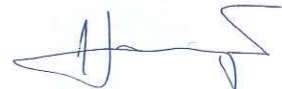
W sprawach nieuregulowanych niniejszymi zasadami mają zastosowanie postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczenia, na podstawie których umowa ubezpieczenia została zawarta.

§ 12

Niniejsze Zasady zostały zatwierdzone Uchwałą nr 308/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki, chłoniaki złośliwe, choroba Hodgkin'a, złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) Nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne, dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy CIN 1, CIN 2 i CIN 3
 - b) wczesne stadium raka prostaty T1 według klasyfikacji TNM (włączając T1a i T1b) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej odpowiedniej klasyfikacji,
 - c) czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania IA (tj. o grubości nacieku równej lub mniejszej 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 r.,
 - d) hyperkeratozy, nowotwory podstawnokomórkowe i kolczystokomórkowe skóry,
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym wykonanym przez specjalistę onkologa lub patomorfologa.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się pierwszy w życiu epizod zawału serca w rozumieniu martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) znaczne podwyższenie poziomu enzymów specyficznych dla zawału serca.
3. Dusznicza bolesna nie jest objęta ubezpieczeniem.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) powstałych w następstwie zaburzeń krążenia mózgowego powodujących świeże zmiany morfologiczne w tkance mózgowej stwierdzone w badaniu CT lub MRI, manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym (potwierdzonym obiektywnie w badaniu lekarskim). Uszkodzenia tkanki mózgowej lub krwawienia wewnątrzczaszkowe będące wynikiem urazu nie są objęte ubezpieczeniem. Ubezpieczeniem nie jest objęte również przemijające niedokrwienie mózgu (TIA).

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg przy otwartej klatce piersiowej, polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (*by-pass*) z powodu zwężenia lub niedrożności jednej i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być medycznie uzasadniona opinią specjalisty kardiologa oraz potwierdzona badaniem koronarograficznym wykazującym znaczne zwężenie tętnic wieńcowych.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite upośledzenie czynności obu nerek wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

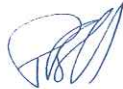
Za **przeszczep dużych narządów** uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:

1. serce, płuco, wątroba, nerka, trzustka lub,
2. szpik kostny przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.

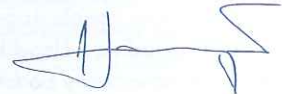
Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione.

§ 8

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 293/2003 Zarządu „WARTA VITA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań „XXI-GRUPA”

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) paraliż,
- 2) utrata kończyn,
- 3) ślepota,
- 4) głuchota,
- 5) utrata mowy,
- 6) oparzenia,
- 7) łagodny guz mózgu,
- 8) śpiączka.

PARALIŻ

§ 2

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

UTRATA KOŃCZYN

§ 3

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

ŚLEPOTA

§ 4

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

GŁUCHOTA

§ 5

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

UTRATA MOWY

§ 6

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

OPARZENIA

§ 7

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

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 8

Za **łagodny guz mózgu** uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwałe deficyt neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 9

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

§ 10

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 294/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka Ubezpieczonego

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) niewydolność nerek,
- 3) łagodny guz mózgu,
- 4) śpiączka,
- 5) wirusowe zapalenie mózgu,
- 6) dystrofia mięśniowa,
- 7) cukrzyca,
- 8) przewlekła niewydolność wątroby.

NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki, chłoniaki złośliwe, choroba Hodgkin'a, złośliwe nowotwory szpiku kostnego oraz nowotwory skóry powodujące powstawanie przerzutów.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) Nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, wszelkie zmiany przedrakowe i nieinwazyjne, dysplazja szyjki macicy lub rak szyjki macicy CIN 1, CIN 2 i CIN 3
 - b) wczesne stadium raka prostaty T1 według klasyfikacji TNM (włączając T1a i T1b) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej odpowiedniej klasyfikacji,
 - c) czerniak złośliwy w stopniu zaawansowania IA (tj. o grubości nacieku równej lub mniejszej 1 mm, poziom II lub III, bez owrzodzenia), zgodnie z klasyfikacją AJCC z 2002 r.,
 - d) hyperkeratozy, nowotwory podstawnkomórkowe i kolczystokomórkowe skóry,
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym wykonanym przez specjalistę onkologa lub patomorfologa.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite upośledzenie czynności obu nerek wymagające regularnych dializ lub przeszczepu nerki.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 4

Za **łagodny guz mózgu** uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 5

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

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

Za **wirusowe zapalenie mózgu** uważa się wirusowe zapalenie mózgu, w wyniku którego dochodzi do znacznego i trwałego deficytu neurologicznego trwającego co najmniej 6 miesięcy. Diagnoza musi być potwierdzona przez specjalistę neurologa.

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

Za **dystrofię mięśniową uważa się** postępujący dziecięcy rdzeniowy zanik mięśni zdiagnozowany i potwierdzony przez specjalistę neurologa i biopsję mięśni.

CUKRZYCA

§ 8

Za **cukrzycę** uważa się cukrzycę insulinozależną wymagającą stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest:

- podawanie insuliny przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- potwierdzenie diagnozy przez specjalistę endokrynologa.

PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

§ 9

Za **przewlekłą niewydolność wątroby** uważa się chorobę miąższu wątroby trwającą co najmniej 6 miesięcy, manifestującą się:


- utrzymaniem się podwyższonych wartości AspAT i ALAT przez okres co najmniej 6 miesięcy,
- obecnością żółtaczki, wodobrzusza, żylaków przełyku, encefalopatii.

§ 10

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 295/2003 Zarządu „WARTA VITA” S.A. i wprowadzony w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.



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



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

Katalog Operacji WARTY VITA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

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

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

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

3. AMPUTACJE

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

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

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

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCIA

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

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

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

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

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

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

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

11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

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

12. OPERACJE TARCZYCY (4)

13. PRZESZCZEPY

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

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

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 28/00 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 28 stycznia 2000 roku i wprowadzony w życie z dniem 1 lutego 2000 roku.



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



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

Grupowe Ubezpieczenie na Życie z Funduszem „XXI – GRUPA”: Tabela opłat związanych z administracją i zarządzaniem funduszami

Zakres wykonywanych czynności	Opłata	Tryb pobierania
1. Administracja wpłat składek i nabywanie jednostek uczestnictwa ¹ .	Nie więcej niż 2%	od inkasa składki, opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty wpłaconych składek przed ich przeliczeniem na jednostki uczestnictwa
2. Ewidencja indywidualnych kont uczestników funduszu.	0,84 PLN ²	miesięcznie od osoby (pobierana w terminach opłacania składek inwestycyjnych), opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty z jednostek uczestnictwa znajdujących się na każdym indywidualnym koncie, proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na każdym koncie
3. Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami		opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej z każdego indywidualnego konta
- pierwszy raz w danym roku trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	- brak opłaty -	
- drugi i kolejny raz w danym roku trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	10 PLN ^{2,3}	
4. Zmiana podziału procentowego		opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty z jednostek uczestnictwa znajdujących się na każdym indywidualnym koncie, proporcjonalnie do wartości środków zgromadzonych na każdym koncie
- pierwszy raz w danym roku trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	- brak opłaty -	
- drugi i kolejny raz w danym roku trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	5 PLN ^{2,3}	
5. Wypłaty z tytułu wykupu ubezpieczenia w ramach Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*		Opłata potrącana jest z kwoty podlegającej wypłacie
- 1 rok trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	5%	
- 2 rok trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	4%	
- 3 rok trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	3%	
- 4 rok trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	2%	
- 5 rok trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	1%	
- powyżej, - roku trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem*	0%	
6. Wypłata z tytułu dożycia przez ubezpieczonego wieku emerytalnego	- brak opłaty -	
7. Wypłata z tytułu zgonu ubezpieczonego	- brak opłaty -	
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK		
Regularna składka inwestycyjna	35 PLN ²	średnio miesięcznie na osobę
Dodatkowa składka inwestycyjna	35 PLN ²	średnio miesięcznie na osobę
8. Minimalna wartość jednostek uczestnictwa jaka musi pozostać na koncie D po dokonaniu wykupu częściowego z konta	500 PLN	
9. Wysokość sumy ubezpieczenia i składki o której mowa w § 9 ust. 2 pkt 1 Ogólnych Warunków ubezpieczenia Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem:		
- suma ubezpieczenia	2 000 PLN	
- wysokość składki w zależności od częstotliwości płatności składki (miesięczna, kwartalna, półroczna, roczna)	5 PLN, 15 PLN, 30 PLN, 60 PLN	na osobę

* Czas trwania Dodatkowej Umowy Ubezpieczenia z Funduszem liczony jest od dnia zawarcia tej umowy, niezależnie od kiedy dany ubezpieczony do tej umowy przystąpił. Zakład ubezpieczeń może podwyższyć opłaty proporcjonalnie do wzrostu obciążeń finansowych zakładu ubezpieczeń wynikających z przepisów prawa.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 296/2003 Zarządu „WARTY VITA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 1 stycznia 2004 roku.

¹ Opłata nie uwzględnia kosztów pośrednictwa związanych z zawarciem i wykonywaniem umowy ubezpieczenia
² Wszystkie opłaty wyrażone kwotowo mogą podlegać w dniu 1 lutego każdego roku kalendarzowego corocznej indeksacji o wskaźnik ustalony przez zakład ubezpieczeń nie wyższy niż, większy z następujących wskaźników: wzrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia nominalnego brutto w sektorze przedsiębiorstw lub wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny
³ Nie więcej niż wartość środków znajdujących się na indywidualnym koncie



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



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