

Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI”	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	5
6. Indeksacja	6
7. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	7
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	8
9. Ubezpieczenie bezskładkowe	8
10. Wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	9
11. Udział w zysku, premia ubezpieczeniowa	10
12. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	10
13. Wypuk ubezpieczenia	13
14. Postanowienia końcowe	14
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego	16
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	18
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	21
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstanie Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	25
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	30
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne	34
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	40
IX. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	45
X. Zasady Działania Funduszy	51
XI. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	56
XII. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	58
XIII. Katalog Operacji WARTA	62
XIV. Tabela opłat	65

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI”

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwane dalej **zakładem ubezpieczeń**, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę, przez którą zakład ubezpieczeń zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia zakładu ubezpieczeń,
 - 7) **świadczenie zakładu ubezpieczeń** – sumę pieniężną, którą zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) **premia ubezpieczeniowa** – kwotę wypłacaną przez zakład ubezpieczeń na zasadach określonych w OWU,
 - 10) **wartość wykupu** – kwotę wskazaną w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, wypłacaną przez zakład ubezpieczeń na zasadach określonych w OWU,
 - 11) **rezerwa matematyczna** – przypadająca na daną umowę ubezpieczenia rezerwę tworzoną przez zakład ubezpieczeń, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, ustalonej według zasad obowiązujących w zakładzie ubezpieczeń w dniu zawarcia danej umowy ubezpieczenia,
 - 12) **stopa techniczna** – stopę techniczną przyjętą do kalkulacji składki dla danej umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu; wysokość stopy technicznej określona jest w umowie ubezpieczenia,
 - 13) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 14) **udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania przez zakład ubezpieczeń rezerw matematycznych, przysługujący na zasadach określonych w OWU,
 - 15) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez zakład ubezpieczeń, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,
 - 16) **minimalna wartość wykupu** – kwotę ustaloną okresowo przez zakład ubezpieczeń, określoną w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń udziela ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym następujące ryzyka:
 - 1) zgon ubezpieczonego,
 - 2) dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust.2, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

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

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do zakładu ubezpieczeń na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń.
4. Zakład ubezpieczeń może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, zakład ubezpieczeń wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania zakładu ubezpieczeń umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Zakład ubezpieczeń może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi zakład ubezpieczeń.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez zakład ubezpieczeń.

10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń uzyskane przez zakład ubezpieczeń w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

11. Przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.

2. Składka może być opłacana:

- 1) jednorazowo lub
- 2) okresowo: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego.

Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest we wniosku.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.

4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez zakład ubezpieczeń.

5. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie 30 dni od daty jej wymagalności, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega zawieszeniu począwszy od 31 dnia od daty wymagalności zaległej składki. W takim przypadku zakład ubezpieczeń wzywa ubezpieczającego do opłacenia zaległej składki w terminie do 90 dni od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składki w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.

6. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłatę w wysokości stanowiącej równowartość wszystkich zaległych składek, które ubezpieczający był zobowiązany zapłacić z tytułu umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń ulega wznowieniu, począwszy od pierwszego dnia następującego po dniu wpłaty ww. kwoty.

7. Jeżeli w ciągu 90 dni od daty wymagalności pierwszej zaległej składki ubezpieczający nie wpłaci zakładowi ubezpieczeń opłaty, o której mowa w ust. 6:

- 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła w okresie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu,
 - 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia:
- a) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu, od dnia zawieszenia odpowiedzialności,

o którym mowa w ust. 5, w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 13, pod warunkiem, iż wartość wykupu dotycząca umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń przekracza minimalną wartość wykupu,

b) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem ww. 90 dniowego terminu, w przypadku gdy wartość wykupu umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nie przekracza minimalnej wartości wykupu.

8. W przypadku określonym w ust. 7 pkt. 2) b) zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do zakładu ubezpieczeń, na zasadach określonych w § 21.

9. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności i jest zwolniony z obowiązku wypłaty świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, który nastąpił w okresie zawieszenia odpowiedzialności, z zastrzeżeniem ust. 10.

10. Jeżeli w czasie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń nastąpi zgon ubezpieczonego, a data wymagalności pierwszej zaległej składki, w związku z niezapłaceniem której zawieszona została odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń, nastąpiła po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wykupu wg stanu na ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu, w terminie określonym w § 18.

11. Zakład ubezpieczeń może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.

12. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. Zakład ubezpieczeń może uzależnić wysokość składki od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez zakład ubezpieczeń.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdej rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez zakład ubezpieczeń.

2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 7 ust. 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.

3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres, jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.

4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.

5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zaiscieniu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:

- 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
- 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
- 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.

2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 6 OWU.

§ 8

1. Zakład ubezpieczeń informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.

2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego nie wymaga formy pisemnej.

3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.

4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.

5. W czasie zawieszenia indeksacji zakład ubezpieczeń nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.

6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, dorężonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Zakład ubezpieczeń ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.

7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i ust. 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia oraz w razie przejścia przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązku opłacania składki.

8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3 może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez zakład ubezpieczeń.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zaplaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.

2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń wynikająca z wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki – na zasadach określonych w § 5 ust. 7,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia – z dniem doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń,
 - 6) upływu okresu, na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, zakład ubezpieczeń dokonuje wykupu. Wpłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do zakładu ubezpieczeń, na zasadach określonych w § 21 z zastrzeżeniem iż wartość wykupu ustalana jest wg stanu na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, jednak na dzień nie późniejszy niż ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń – jeżeli wypowiedzenie zostało dokonane w okresie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku, gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby zakładu ubezpieczeń.

§ 12

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

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 13

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe po upływie dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz gdy wartość wykupu równa jest co najmniej aktualnej minimalnej wartości wykupu. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym we wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, który został doręczony zakładowi ubezpieczeń, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe:

- 1) nie wcześniej niż w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 2) nie później niż w dniu zawieszenia odpowiedzialności, o którym mowa w § 5 ust. 5.
3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i ust. 2 umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 5 ust. 7 pkt 2 a), bez wymogu składania wniosku przez ubezpieczającego.
4. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
- 1) okres ubezpieczenia nie ulega zmianie,
 - 2) wygasa wymagalność wszystkich przysługujących składek, w tym również składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia,
 - 3) począwszy od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) suma ubezpieczenia ulega zmianie z uwzględnieniem wartości wykupu polisy, wieku ubezpieczonego w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia i okresu jaki pozostał od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia do zakończenia trwania umowy ubezpieczenia; wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe wskazana jest w umowie ubezpieczenia,
 - b) odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń w przypadku zgonu ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego jest ograniczona do wypłaty sumy ubezpieczenia w wysokości ustalonej stosownie do ppkt a) oraz premii ubezpieczeniowej w wysokości obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego,
 - c) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe ubezpieczający nie może przekształcić umowy w umowę ubezpieczenia składkowego.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 14

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon jest bezpośrednim lub pośrednim następstwem jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego,
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Wpłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek o wypłatę świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, złożony przez uprawnionego, wg jej stanu z dnia zgonu ubezpieczonego, w terminie określonym w § 18.

UDZIAŁ W ZYSKU, PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 15

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości rezerw matematycznych przypadających na umowę ubezpieczenia zawartą przez ubezpieczającego w zakresie podstawowym, o którym mowa w § 2 ust. 2 OWU.
2. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez zakład ubezpieczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
3. Kwota udziału w zysku w zależności od wyboru ubezpieczającego:
 - 1) tworzy dodatkową sumę ubezpieczenia w każdej rocznicę polisy,
 - 2) tworzy premię ubezpieczeniową.
4. Ubezpieczający dokonuje wyboru, o którym mowa w ust. 3, przy zawieraniu umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku dokonania wyboru, o którym mowa w ust. 3 pkt 1), kwota udziału w zysku traktowana jest jako składka jednorazowa. W każdej rocznicę polisy na podstawie tej składki wyliczana jest dodatkowa suma ubezpieczenia.
6. Dodatkowa suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, obliczana jest na podstawie: aktualnego wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki jednorazowej, o której mowa w ust. 5, okresu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
7. W przypadku dokonania wyboru, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), począwszy od drugiej rocznicy polisy, przysługuje udział w zysku od premii ubezpieczeniowej przypadającej na umowę ubezpieczenia zawartą przez ubezpieczającego w zakresie podstawowym.
8. Udział w zysku, o którym mowa w ust. 7, nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez zakład ubezpieczeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o procentowy wskaźnik kosztów, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
9. W przypadku dokonania wyboru, o którym mowa w ust. 3 pkt 2), ubezpieczający ma możliwość wypłaty kwoty premii ubezpieczeniowej po upływie dziesiętej rocznicy polisy, nie wcześniej jednak, niż po upływie połowy okresu ubezpieczenia. Wypłata kwoty premii ubezpieczeniowej następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do zakładu ubezpieczeń, na zasadach określonych w § 21, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.
10. Wypłata kwoty premii ubezpieczeniowej w trybie przewidzianym w ust. 9 może nastąpić nie częściej niż raz na pięć lat.
11. Dokonanie wypłaty kwoty premii ubezpieczeniowej na zasadach określonych w ust. 9, może nastąpić jedynie wówczas, gdy kwota premii na dzień złożenia wniosku o jej wypłatę wynosi co najmniej 10% minimalnej wartości wykupu.
12. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę premii ubezpieczeniowej w trybie przewidzianym w ust. 9 zakład ubezpieczeń wypłaca całą, aktualną kwotę premii.
13. Udział w zysku przypadający za okres po wypłaceniu premii tworzy nową kwotę premii ubezpieczeniowej.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową zakład ubezpieczeń wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 17 oraz –

w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 18 ust. 9.

2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń zakładu ubezpieczeń są:

- 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 20 ust. 4 – w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony – w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. Zakład ubezpieczeń pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od zakładu ubezpieczeń. Niezależnie od powyższego zakład ubezpieczeń zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 17

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego lub dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub odpowiednio dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
 2. Jeżeli ubezpieczający dokonał wyboru, o którym mowa w § 15 ust. 3 pkt 1), świadczenie zakładu ubezpieczeń ulega podwyższeniu o kwotę dodatkowej sumy ubezpieczenia, w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem.
 3. Jeżeli ubezpieczający dokonał wyboru, o którym mowa w § 15 ust. 3 pkt 2), świadczenie zakładu ubezpieczeń ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej, w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, chyba, że kwota premii ubezpieczeniowej została wypłacona na warunkach określonych w § 15 ust. 9, z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust. 13.
 4. Kwota premii ubezpieczeniowej i dodatkowa suma ubezpieczenia, o których mowa w § 15 ust. 3, powiększają świadczenia wypłacane tylko z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym.
5. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez zakład ubezpieczeń niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
6. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, zakład ubezpieczeń informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. 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. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym rozszczeniu, zakład ubezpieczeń informuje o tym pisemnie osobę występującą z rozszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
6. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień obciążenia rachunku zakładu ubezpieczeń kwotą należnego świadczenia.
7. Na wniosek ubezpieczonego zgłoszony na 60 dni przed końcem okresu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń może wypłacić świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia w postaci renty na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia rentowego obowiązujących w dniu wypłaty świadczenia.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o własności ogólnej, albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień wypłaty świadczenia istnieją jakiegokolwiek założeń z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, wszelkie świadczenia oraz wartość wykupu ubezpieczenia wypłacane z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych ustalane są w wysokości pomniejszonej o założeń z tytułu opłacania składek lub innych należności wraz z należnymi odsetkami, z zastrzeżeniem postanowień § 14 ust. 4 Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszeri.
10. Zażalenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia zakład ubezpieczeń od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
11. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 19

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia zakładu ubezpieczeń na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okoliczności polisy. W tym przypadku postanowienia § 20 ust. 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu zakładu ubezpieczeń.
5. Zakład ubezpieczeń związany jest dokonana zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do zakładu ubezpieczeń wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 20

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

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Ubezpieczający, który opłacał składkę okresowo, po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek wymaganych w tym okresie, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający, który opłacił składkę jednorazowo może dokonać wykupu ubezpieczenia w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia.
3. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu.
4. W przypadku gdy ubezpieczający dokonał wyboru, o którym mowa w § 15 ust. 3 pkt 2), kwota wypłacana przez zakład ubezpieczeń tytułem wykupu ubezpieczenia ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej w wysokości obowiązującej w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup ubezpieczenia, pomniejszonej o odpowiedni procent, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
5. Zakład ubezpieczeń wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 30 dni od otrzymania kompletnego wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez osobę uprawnioną na formularzu zakładu ubezpieczeń.
6. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 5, jednak na dzień nie późniejszy niż ostatni dzień przed zawieszeniem odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń – jeżeli wniosek został złożony w okresie zawieszenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń; postanowienia § 18 ust. 5 i 9 - 11 stosują się odpowiednio.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

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

§ 23

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie za pokwitowaniem przyjęcia lub wysyłane listem poleconym, pod rygorem nieważności, chyba że OWU przewidują inaczej.
2. Jeżeli ubezpieczający albo ubezpieczony zmienią adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym zakładu ubezpieczeń, przyjmuje się, że zakład ubezpieczeń wypełni swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczenia ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez zakład ubezpieczeń.
4. Przez dzień złożenia wniosku do zakładu ubezpieczeń (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez zakład ubezpieczeń) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby zakładu ubezpieczeń.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres zakładu ubezpieczeń w formie pisemnej, pod rygorem postawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez zakład ubezpieczeń w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skargi i zażeń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażeń jest jednostka organizacyjna zakładu ubezpieczeń wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 24

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.

§ 25

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

§ 26

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

§ 27

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

1. użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU.
2. Dla potrzeb niniejszych Warunków przyjmuje się, że dodatkowa umowa ubezpieczenia oznacza umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być doręczony zakładowi ubezpieczeń wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakłada ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego, o którym mowa w OWU.

2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

3. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.

4. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) zarażeniem się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń:

- 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
- 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.

2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.

4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez stronę umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.

2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.

3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.

4. Poziomy indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.

5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest

tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.

2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez zakład ubezpieczeń, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.

4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.

5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wysiłki samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
- 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA ” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub w rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.

2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:

1) katalog poważnych zachorowań,

2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań.

3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia załączników ubezpieczeniowych wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 5.

5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.

6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.

7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 4

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

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, zakład ubezpieczeń podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku, gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego

zachorowania kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:

- a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - b) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 niniejszych warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. W przypadku przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia procent, o którym mowa w ust. 1, nie może ulec zmianie.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest zakład ubezpieczeń, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 8, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
8. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstających w związku z:
 - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniami popeinienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9,
 - 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
9. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań

postanowienia ust. 8 pkt 5) nie mają zastosowania.

10. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, zakład ubezpieczeń nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 16 ust. 2 pkt 1) OWU.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku 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,
- 4) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 5) **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,
- 6) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu zakładu ubezpieczeń wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, zakład ubezpieczeń ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez zakład ubezpieczeń.

6. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest ubezpieczony.
8. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

§ 7

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

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

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
Lp.	Głowa		
1.	utrata szczęki dolnej		50
2.	utrata wzroku w jednym oku		40
3.	utrata słuchu w jednym uchu		30
4.	utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)		30

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń – palce i śródręcze,
 - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narzędzi, układów, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustajony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionymi przed datą zawarcia umowy,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wysiłki samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstaje w okresie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, 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) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego, może być doręczony zakładowi ubezpieczeń wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończył 60 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
8. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
9. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej

w zakresie przejęcia opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

§ 4

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

§ 5

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejęciu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, w których ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez zakład ubezpieczeń tego wniosku.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, dodatkowej umowy ubezpieczenia dzienne świadczenie szpitalne ani dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń spełnia na podstawie kompletnego wniosku doręczonego zakładowi ubezpieczeń na formularzu zakładu ubezpieczeń oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez zakład ubezpieczeń, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
4. Składka za okres od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o realizację świadczenia przez zakład ubezpieczeń do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
5. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłaconą przez ubezpieczającego składką za okres, o którym mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Do terminu, w którym zakład ubezpieczeń podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednio zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty świadczenia.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

7. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstających w związku z:
- 1) samookaleceniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wywołując przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w § 6 ust. 1:
- 1) składki opłacane są przez zakład ubezpieczeń do czasu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego (tj. do czasu, gdy w opinii zakładu ubezpieczeń ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy),
 - 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, o której mowa w pkt 1), ponownie podejmuje on obowiązek opłacania składek,
 - 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego orzeka komisja lekarska zakładu ubezpieczeń.
2. W okresie opłacania składek przez zakład ubezpieczeń składki wynikające z umowy ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
3. Zakład ubezpieczeń może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt zakładu ubezpieczeń lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie inwalidztwa.
4. W przypadku odmowy ubezpieczonego poddaniu się zabiegom, o których mowa w ust. 3, zakład ubezpieczeń może wezwać ubezpieczonego do podjęcia opłacania składek:
- 1) zakład ubezpieczeń w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania składek,
 - 2) w przypadku nie podjęcia, w terminie wskazanym przez zakład ubezpieczeń, opłacania składek przez ubezpieczonego – postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – Dzielne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielnego Świadczenia Szpitalnego (zwanych dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualnego Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – "XXI" (zwanych dalej "OWU").

§ 2

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

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całonocowa 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, zaopatrzeni w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach określonych w § 10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespołach, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłaconego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczonego i ubezpieczonego może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru wysokości świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, przewidzianej w jednym z niżej wymienionych wariantów, na zasadach określonych w § 12:

- 1) Wariant I,
- 2) Wariant II.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia załączonych wniosków o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

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

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a kończącego się po tym okresie.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu, przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.

§ 8

1. Dziennie świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakład ubezpieczeń nie wypłaca ani świadczenia szpitalnego, ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

1. Dziennie świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dziennie świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50% podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie

dłużej niż 10 dni, zakład ubezpieczeń wypłaca oprócz dziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo dziennie świadczenie rehabilitacyjne; dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.

4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu spowodowanych wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast dziennie świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno dziennie świadczenie rehabilitacyjne.
6. Zakład ubezpieczeń wypłaca 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 wypłaca świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 11

1. Dziennie świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Dziennie świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje dziennie świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu dziennie świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu dziennie świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu dziennego świadczenia szpitalnego zakład ubezpieczeń wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z poniższej tabeli, z zastrzeżeniem postanowień określonych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia:

Lp.	Nazwa świadczenia	Stawka dziennego świadczenia w % kwoty bazowej	
		Wariant I	Wariant II
1.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba	0,5	1
2.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek	1	2
3.	Świadczenie rehabilitacyjne	0,25	0,5
4.	Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM	1,25	2,5

3. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia pod warunkiem, że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

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

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem 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 popeinieniami przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popeinienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniu przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
- 16) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 14

1. Zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem 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).

§ 15

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

§ 16

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 17

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI” (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użyтым 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, zwykłe powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabieg endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywaną podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa, państwowi lub niepaństwowi zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszego załącznika nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia załącznika ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.

5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Zakład ubezpieczeń przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym, po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i zakład ubezpieczeń nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

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

§ 6

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialnością zakładu ubezpieczeń w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji przeprowadzanych w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

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) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) pozostawianiu 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 usiłowaniami lub popeinieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleceniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniami popeinienia 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, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
 - 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Zakład ubezpieczeń nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobytowi w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie

ponoszenia przez zakład ubezpieczeń odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Z tytułu operacji ubezpieczonego zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji zakład ubezpieczeń wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. W każdej rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Jeżeli zakład ubezpieczeń wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez zakład ubezpieczeń w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. Zakład ubezpieczeń nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez zakład ubezpieczeń, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji, wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

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.

§ 11

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

§ 12

W sprawach nie uregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia podstawowego (zwanych dalej „OWU”) to jest Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie na Życie i Dożycie – „XXI”.

§ 2

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

- 1) **Fundusz** – wydzielona część aktywów zakładu ubezpieczeń; Fundusz, o którym mowa w niniejszych Warunkach, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej,
- 2) **składka regularna** – składka wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 3) **składka doraźna** – składka płatna przez ubezpieczającego w dowolnych terminach, z zastrzeżeniem, iż wysokość jednorazowej wpłaty nie może być niższa niż minimalna kwota składki doraźnej obowiązująca aktualnie w zakładzie ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków,
- 5) **wykup całkowity** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego,
- 6) **wykup częściowy** – wykup ubezpieczenia polegający na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego,
- 7) **cena zakupu jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są nabywane na indywidualne konto inwestycyjne,
- 8) **cena sprzedaży jednostki uczestnictwa** – cena, po której jednostki uczestnictwa są odliczane z indywidualnego konta inwestycyjnego,
- 9) **nabywanie jednostek uczestnictwa** – przeliczanie środków pieniężnych, pochodzących ze składek opłacanych na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia, na jednostki uczestnictwa Funduszu.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku ubezpieczającego doręczającego zakładowi ubezpieczeń:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, lub
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania

umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń potwierdza w polisie.
6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego oraz dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

§ 4

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

§ 5

1. W związku z zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia zakład ubezpieczeń prowadzi Fundusze stanowiące wydzielenie dla każdego z Funduszy część aktywów zakładu ubezpieczeń.
2. Ubezpieczający ma prawo, w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazać więcej niż jeden spośród Funduszy, w który inwestowane będą składki regulame i składki dorazne wpłacane przez ubezpieczającego.
3. Fundusze tworzone są ze składek regularnych i składek doraznych opłacanych przez ubezpieczającego z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Każdy Fundusz ewidencjonowany jest w odrębnych jednostkach uczestnictwa, na które przeliczane są wpłacane składki regulame i dorazne, z zastrzeżeniem § 6.
5. W ramach każdego Funduszu zakład ubezpieczeń tworzy dla każdego z ubezpieczonych indywidualne konto, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki regularne i składki dorazne.

§ 6

1. Składki regularne oraz składki dorazne lokowane są w różnych Funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego we wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia i potwierdzonym w polisie, przy czym suma procentowych wskazań musi wynosić 100%.
2. W przypadku braku wskazania Funduszy, w które lokowane mają być składki, zakład ubezpieczeń lokuje składki w Funduszu Stabilnego Wzrostu. Jeżeli suma procentowych wskazań nie jest równa 100% składka lokowana jest w częściach równych we wszystkie Fundusze, wymienione we wskazaniu.
3. Ubezpieczający może w dowolnym terminie dokonać transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy Funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regulamej i składki doraznej w poszczególnych Funduszach.

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. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z Funduszu, z którego transfer jest dokonywany odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa po cenie sprzedaży jednostki uczestnictwa oraz nabytciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłaty zgodnie z tabelą opłat, o której mowa w § 14 ust. 3, po cenie sprzedaży, jednostek uczestnictwa w Funduszu, do którego transfer jest dokonywany.

6. Przy dokonywaniu transferu stosuje się ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa obowiązujące następnego dnia po doręczeniu do siedziby zakładu ubezpieczeń odpowiedniego wniosku. Wniosek składany jest na formularzu przygotowanym przez zakład ubezpieczeń, pod rygorem nieważności.

7. Zakład ubezpieczeń określa minimalną wartość jednostek uczestnictwa podlegających transferowi oraz jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku Funduszu, z którego dokonano transferu oraz wskazuje tę wartość w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.

8. Wysokość opłat związanych ze zmianą podziału procentowego oraz transferem jednostek uczestnictwa, sposób ich ustalania i opłacania, a także metody ich indeksacji określone są w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.

§ 7

1. Środki Funduszu lokowane są zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej.
2. Wartość aktywów Funduszu ustalana jest według aktualnej wartości rynkowej środków Funduszu, z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej.
3. Wartość aktywów Funduszu powiększana jest z tytułu:

- 1) wpłat składek regularnych i składek doraznych, z zastrzeżeniem § 8 ust. 6,
 - 2) przychodów z lokat środków Funduszu.
4. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o:
- 1) kwoty wypłacane w trybie § 10 – 12 niniejszych Warunków
 - 2) opłaty pobierane zgodnie z dodatkową umową ubezpieczenia.

5. Wartość aktywów Funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania Funduszami w każdym dniu wyceny. Koszty zarządzania Funduszami nie mogą przekroczyć w skali roku stawki podanej w Zasadach Działania Funduszy stanowiących Załącznik do OWU.

§ 8

1. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest w oparciu o aktualną wartość aktywów Funduszy, w celu ustalenia ceny zakupu i ceny sprzedaży jednostek uczestnictwa.
2. Wycena jednostek uczestnictwa dokonywana jest na każdy dzień roboczy i na ostatni dzień miesiąca kalendarzowego jeżeli nie jest dniem roboczym.
3. Cenę sprzedaży jednostek uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów danego Funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa, na które został on podzielony. Wynik zaakraglany jest przez zakład ubezpieczeń w górę lub w dół, nie więcej niż o 1%. Cena jednostki uczestnictwa, ustalona zgodnie z powyższymi zasadami, obowiązuje od dnia następnego po dniu, na który dokonana była wycena do dnia, na który dokonywana jest kolejna wycena włącznie.
4. Cena zakupu jednostki uczestnictwa ustalana jest poprzez dodanie do ceny sprzedaży jednostki uczestnictwa nie więcej niż 5% ceny zakupu.

5. Zakład ubezpieczeń powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości jednostek uczestnictwa i o aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym raz w roku, w terminie do 30 dni licząc od rocznicy polisy.
6. Jednostki uczestnictwa nabywane są według ceny zakupu jednostek uczestnictwa obowiązującej w dniu przypadającym nie później niż 5 dni roboczych licząc od daty wpływu składki regularnej lub doraznej na rachunek zakładu ubezpieczeń, obowiązującej jednak:
 - 1) nie wcześniej niż w następnym dniu, kiedy składka regularna jest należna, pod warunkiem wpłacenia składki regularnej w wysokości ustalonej w dodatkowej umowie ubezpieczenia, po potrąceniu opłaty administracyjnej w wysokości 2% składki regularnej,
 - 2) nie wcześniej niż w następnym dniu po otrzymaniu przez zakład ubezpieczeń potwierdzenia wpłaty składki doraznej.
7. Nabywanie jednostek uczestnictwa dokonywane jest w terminie 7 dni od wpływu środków, po spełnieniu łącznie warunków: pełna kwota składki wynikająca z dodatkowej umowy ubezpieczenia wpłynęła na rachunek zakładu ubezpieczeń i zakład ubezpieczeń otrzymał informację (prawidłowo określony tytułu wpłaty) pozwalającą na przyporządkowanie składki do umowy ubezpieczenia. W przypadku nieprawidłowego tytułu wpłaty, nabycie jednostek następuje z dniem wyjaśnienia nieprawidłowości.

§ 9

1. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zaplaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność zakładu ubezpieczeń z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 10

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

§ 11

1. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia, zakład ubezpieczeń wypłaca ubezpieczającemu kwotę w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego.

2. Wypłata kwoty, o której mowa w ust. 1, następuje w terminie 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń przez ubezpieczającego odpowiedniego wniosku.
3. Przy ustalaniu wartości jednostek uczestnictwa użytej do wyznaczenia wysokości wypłaty, o której mowa w ust. 1, zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do zakładu ubezpieczeń wniosku, o którym mowa w ust. 2.
4. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku przez zakład ubezpieczeń, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 2.
5. Z dniem wypłaty kwoty, o której mowa w ust. 1, indywidualne konto ubezpieczonego ulega likwidacji.

§ 12

1. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie kwoty odpowiadającej aktualnej wartości wszystkich lub części jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego.
2. Jeżeli umowa ubezpieczenia nie stanowi inaczej, uprawnionym do dokonania wykupu jest ubezpieczający.
3. Wykup częściowy może być dokonany w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem, przy czym wielkość wykupu częściowego może stanowić co najwyżej 90% środków odpowiadających aktualnej wartości wszystkich jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego. Wykup częściowy może być dokonywany nie częściej niż raz w roku.
4. Wartość jednostek uczestnictwa, znajdujących się na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dokonaniu wykupu częściowego, nie może być niższa niż minimalna kwota ustalona przez zakład ubezpieczeń, określona w tabeli opłat, o której mowa w § 14 ust. 3.
5. Wykup całkowity może być dokonany w każdym czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia z funduszem.
6. Wykup ubezpieczenia dokonywany jest na wniosek uprawnionego do dokonania wykupu.
7. Przy ustalaniu wysokości wykupu całkowitego lub wysokości wykupu częściowego zakład ubezpieczeń przyjmuje cenę sprzedaży jednostki uczestnictwa i liczbę jednostek uczestnictwa z następnego dnia po doręczeniu przez ubezpieczającego do siedziby zakładu ubezpieczeń wniosku o wykup lub częściowy wykup.
8. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie po zaakceptowaniu wniosku o wykup przez zakład ubezpieczeń, przy zachowaniu terminu wypłaty, o którym mowa w ust. 9.
9. Kwotę z tytułu całkowitego, bądź częściowego wykupu ubezpieczenia zakład ubezpieczeń wypłaca uprawnionemu w ciągu 30 dni od dnia doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o wykup.
10. Przy dokonywaniu wykupu lub wypłaty, o której mowa w § 11, w ciągu pierwszych 5 lat trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia, licząc od dnia jej zawarcia, zakład ubezpieczeń pobiera opłatę w wysokości 5% kwoty wykupu lub wypłaty w pierwszym roku, pomniejszaną corocznie o 1%.
11. Jeżeli kwota wypłacona w związku z wykupem ubezpieczenia odpowiada wszystkim jednostkom uczestnictwa znajdującym się na indywidualnym koncie ubezpieczonego, wówczas dane konto ulega likwidacji, a dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu.

§ 13

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez zakład ubezpieczeń, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, zawieszeniu ulegają wpłaty składek z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a ubezpieczający może dokonać tylko wykupu całkowitego.

§ 14

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

§ 15

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 172/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Zasady Działania Funduszy Załącznik do Ogólnych Warunków Ubezpieczenia

§ 1

Postanowienia niniejszych Zasad Działania Funduszy (zwanych 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.
6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.

6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego Funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat Fundusz bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

7. Opłata z tytułu zarządzania Funduszem naliczana jest od średniorocznej wartości aktywów Funduszu (pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa od wartości aktywów Funduszu w dniu wyceny), według stawki nie większej niż 1,25% w skali roku.

CHARAKTERYSTYKA FUNDUSZU STABILNEGO WZROSTU

§ 4

1. Celem Funduszu Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.

2. Portfel lokat Funduszu Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.

3. Działalność lokacyjna w ramach Funduszu Stabilnego Wzrostu prowadzona jest na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.

4. Modelowa struktura aktywów Funduszu Stabilnego Wzrostu przedstawia się w sposób następujący:

- a) 75% wartości aktywów jest lokowanych w instrumentach dłużnych, takich jak obligacje skarbowe, obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki, bony skarbowe, depozyty bankowe, listy zastawne, papiery dłużne przedsiębiorstw i banków. Udział papierów dłużnych przedsiębiorstw i banków może stanowić maksymalnie 50% wartości aktywów. Udział listów zastawnych może stanowić maksymalnie 30% wartości aktywów;

b) 25% wartości aktywów jest lokowanych w akcjach dopuszczonych do publicznego obrotu.

5. Dopuszcza się możliwość występowania odchylenia od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie 0 – 30%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 – 100%.

6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.

7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamiennie, 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 odchylenia od struktury modelowej, przy czym zaangażowanie Funduszu w akcje może zmieniać się w zakresie od 0% do 80%, natomiast część inwestowana w instrumenty dłużne w zakresie 0 – 100%.

6. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.

7. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamiennie, 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 umożliwiający 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 DWERSYFIKACJI AKTYWÓW I INNE OGRANICZENIA INWESTYCYJNE FUNDUSZY: BEZPIECZNEGO, STABILNEGO WZROSTU I AKTYWNEGO

§ 8

1. Fundusz może lokować do 15% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot. Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowanych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb

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 Rozporządzeniem 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 szczególnych 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 185/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepołączony i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkina.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (*in situ*) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopyń 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za **zawał serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej,

krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie).

Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIĘNCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (*by-pass*) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszłokrotnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych.

Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczep dużych narządów** rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 186/2005 Zarządu WARTY VITA S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



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

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawal serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepota,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za **nowotwór złośliwy** uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkina.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień I (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAL SERCA

§ 3

1. Za **zawal serca** uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawatu),

3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawatu serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.

3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawaly serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za **udar mózgu** uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie). Ubezpieczeniem nie jest objęte przermijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIĘCOWEJ

§ 5

Za **chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej** uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwichnięcia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskómej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za **niewydolność nerek** uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie miększu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za **przeszczep dużych narządów** rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za **paraliż** uważa się całkowitą, nieodwracalną, trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (doplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie czterokończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności rozszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

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

ŚLEPOTA

§ 10

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

GŁUCHOTA

§ 11

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

UTRATA MOWY

§ 12

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

OPARZENIA

§ 13

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

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za **łagodny guz mózgu** uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny. Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

SPIĄCZKA

§ 15

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

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§ 16

Choroba Creutzfeldta – Jakoba – postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

§ 17

Zakażenie wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) – zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

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



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



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

KATALOG OPERACJI WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

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

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) resekcja żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (4)
 - całkowita resekcja żołądka (5)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żyłaki 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 wyłączeniem 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 KOŚĆCA

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

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

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

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

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

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

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

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
- b) wymiana zastawek wsłutek wad nabytych (5)
- c) wszczępienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udrożnienia 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 najłatwiejsze) do 5 (operacje najcięższe)

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



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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia na Życie i Dożycie – „XXI”

Rodzaj opłaty/wskaznika	Wysokość opłaty/wskaznika	Tryb pobierania
Umowa podstawowa	1,5%	Wskaznik stosowany przy obliczaniu udziału w zysku
Procentowy wskaźnik kosztów	5%	Opłata pobierana przy wykupie ubezpieczenia lub wypłacie kwoty wypłaty kwoty premii
Umowa dodatkowa z funduszem		
Transfer jednostek uczestnictwa między funduszami – pierwszy raz w danym roku polisowym – drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	Opłata pobierana jest poprzez potrącenie z kwoty transferowanej brak opłaty	
Zmiana podziału procentowego – pierwszy raz w danym roku polisowym – drugi i kolejny raz w danym roku polisowym	0,5% wartości jednostek uczestnictwa podlegających transferowi, nie mniej niż 15 zł, nie więcej niż 50 zł brak opłaty	Opłata pobierana jest poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty, proporcjonalnie do aktualnej wartości środków zgromadzonych w każdym funduszu

Umowa podstawowa	Minimalna wartość wykupu	Umowa dodatkowa z funduszem
	2 000 zł	
Minimalna składka dorazna dla Dodatkowego Ubezpieczenia z Funduszem	700 zł	
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa podlegająca transferowi z rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł	
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostających na rachunku funduszu, z którego dokonano transferu	100 zł	
Minimalna wartość jednostek uczestnictwa pozostająca na indywidualnym koncie ubezpieczonego po dokonaniu wykupu częściowego	500 zł	

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

a) wskaźnik przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw lub
b) wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych,
w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, publikowany przez Główny Urząd Statystyczny.

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 192/2005 Zarządu „WARTY VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 r.

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



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

