

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia.....	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	4
6. Składka	5
7. Indeksacja	6
8. Czas trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela	6
9. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	7
10. Ubezpieczenie bezskładkowe	7
11. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności ubezpieczyciela	8
12. Udział w zysku	8
13. Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	8
14. Skrócenie okresu ubezpieczenia	10
15. Wykup ubezpieczenia	10
16. Prawa i obowiązki stron.....	10
17. Postanowienia końcowe	11
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	13
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej	16
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku	19
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	23
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne Dziecka	27
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania	31
VIII. Tabela opłat i limitów do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego WARTA POSAG	28
XI. Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA POSAG	41

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	Ochrona tymczasowa: § 5 str.4, 5 § 10 ust. 4 str. 7 § 18 str. 8, 9 § 19 str. 9
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 15 str. 8 § 19 ust. 9-10 str. 9
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 6 ust. 3-8 str. 5,6 § 23 str. 10

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie ogólnych warunków dodatkowych ubezpieczeń stanowiących załączniki do OWU;
 - 2) **dodatkowy termin** – dwa miesiące polisowe, liczone od dnia określonego w polisie terminu płatności składki regularnej nie krótszy jednak niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania o którym mowa w § 6 ust 6;
 - 3) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takiej samej dacie każdego następnego miesiąca kalendarzowego, a gdy dnia o takiej dacie w danym miesiącu nie ma, w ostatnim dniu danego miesiąca kalendarzowego;
 - 4) **minimalna wartość polisy** – kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona w tabeli opłat i limitów, stanowiącej załącznik do OWU;
 - 5) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 6) **renta posagowa** – dodatkowa umowa ubezpieczenia, zawarta na podstawie ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia renty posagowej;
 - 7) **rezerwa matematyczna** – przypadająca na daną umowę ubezpieczenia zawartą w zakresie podstawowym oraz w zakresie renty posagowej, (o ile została zawarta dodatkowa umowa renty posagowej), rezerwa tworzona przez ubezpieczyciela, w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, ustalona według zasad obowiązujących u ubezpieczyciela w dniu zawarcia danej umowy ubezpieczenia;
 - 8) **rocznica polisy** – dzień, w kolejnym roku trwania umowy ubezpieczenia, odpowiadający dacie zawarcia umowy ubezpieczenia, a jeżeli w danym miesiącu kalendarzowym nie ma dnia miesiąca odpowiadającego tej dacie – ostatni dzień tego miesiąca;
 - 9) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 10) **składka** – składka wynikająca z umowy ubezpieczenia;
 - 11) **stopa techniczna** – stopa oprocentowania przyjęta do kalkulacji składki dla danej umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu; wysokość stopy technicznej określona jest w umowie ubezpieczenia;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – suma pieniężna określona w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia;
 - 13) **świadczenie** – suma pieniężna, którą ubezpieczyciel wypłaca w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia;
 - 14) **tabela opłat i limitów** – dokument stanowiący załącznik do OWU, który zawiera wysokość opłat, limitów oraz wskaźniki stosowane przez ubezpieczyciela w umowie ubezpieczenia;
 - 15) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia;
 - 16) **ubezpieczony** – osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający;
 - 17) **udział w zyskach** – udział w zyskach wynikających z inwestowania przez ubezpieczyciela rezerw matematycznych, przysługujący na zasadach określonych w OWU;
 - 18) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie OWU, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego, w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 19) **wartość wykupu** – kwota wskazana w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, wypłacana przez ubezpieczyciela na zasadach określonych w OWU;
 - 20) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS wskaźnika wzrostu cen, towarów i usług konsumpcyjnych;
 - 21) **współubezpieczony** – wskazane przez ubezpieczającego dziecko, którego dożycie do końca okresu ubezpieczenia lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, jednocześnie uprawnione do otrzymania świadczenia z tytułu zgonu ubezpieczonego;
 - 22) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego i dożycie przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego lub zdrowie współubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym następujące ryzyka:
 - 1) zgon ubezpieczonego,
 - 2) dożycie przez współubezpieczonego 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. Wysokość sumy ubezpieczenia może ulec zmianie w przypadku dokonania indeksacji składki na zasadach określonych w § 7.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony (okres ubezpieczenia), na okres nie krótszy niż 5 lat, zastrzeżeniem ust.2 i ust.4.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia.
3. Umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ukończył 18 lat i nie ukończył 65 lat, natomiast współubezpieczony nie ukończył 18 lat.
4. Okres ubezpieczenia nie może kończyć się wcześniej niż w pierwszej rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współubezpieczony ukończy 18 lat ani później niż w pierwszą rocznicę polisy przypadającą po dniu, w którym współubezpieczony ukończy 25 lat.
5. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego. Wniosek o zawarcie umowy jest spisywany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
6. Ubezpieczyciel, może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
7. Dokumenty, o których mowa w ust. 6 stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
8. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego. Jeżeli ubezpieczający nie uzupełni wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia albo nie wypełni nowego wniosku w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, to nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
9. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
10. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
11. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest w dniu doręczenia do ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela.
12. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

TYMCZASOWA OCHRONA UBEZPIECZENIOWA

§ 5

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia na podstawie OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia doręczenia do ubezpieczyciela wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia i wpłaty pierwszej składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela we wniosku o zawarcie umowy.
3. Składka, o której mowa w ust. 2, zaliczana jest na poczet składki z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
4. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie zgon ubezpieczonego w następstwie wypadku.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, w przypadku zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku, nie więcej jednak niż maksymalna kwota ustalona przez ubezpieczyciela, określona we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.

6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona, jeżeli zgon nastąpił w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 5) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 6) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 7) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 9) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się w dniu określonym w ust. 2 i kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem 60 dnia jej trwania,
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w OWU,
 - 3) z dniem odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 4) z dniem zgonu ubezpieczonego,
 - 5) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 7 pkt 1).
9. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 7 pkt 1) albo 3), ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie 30 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności.
10. Jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie był spowodowany wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę, o której mowa w ust. 2, bez odsetek w terminie o jakim mowa w ust. 9.

SKŁADKA

§ 6

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest w umowie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Każdą następną składkę, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. 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 ubezpieczyciela.
6. W przypadku niezapłacenia przez ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel wzywa ubezpieczającego do zapłaty zaległych składek, do dnia upływu dodatkowego terminu, wyznaczonego przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek w dodatkowym terminie z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
7. Jeżeli w dodatkowym terminie wyznaczonym przez ubezpieczyciela w pisemnym wezwaniu ubezpieczający nie wpłaci zaległych składek, o których mowa w ust. 6:
 - 1) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 14, z upływem terminu określonego w wezwaniu ubezpieczyciela nie wcześniej jednak niż z dniem ostatniej opłaconej składki, pod warunkiem, iż wartość wykupu dotycząca umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona przekracza minimalną wartość polisy,

- 2) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu określonego w wezwaniu ubezpieczyciela w przypadku gdy wartość wykupu umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona nie przekracza minimalnej wartości polisy.
8. W przypadku określonym w ust. 7 pkt 2) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczającego we wniosku złożonym do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 23.
9. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych, od zaległych składek, o których mowa w ust. 6.
10. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, 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.

INDEKSACJA

§ 7

1. Składka z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela, z zastrzeżeniem postanowień § 8.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. Podstawę wyznaczania wskaźnika indeksacji, stanowi opublikowany przez Główny Urząd Statystyczny wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych za okres 12 miesięcy poprzedzających datę złożenia przez ubezpieczyciela propozycji indeksacji, powiększony o dwa punkty procentowe, a następnie zaokrąglony w dół do pełnych procentów, z tym, że tak obliczony wskaźnik jest powiększony o jeden punkt procentowy.
3. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
4. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, wyliczana jest m.in. w oparciu o: wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wieku ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okresu jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
5. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 3, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
6. Poziom indeksacji składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 8

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu informację dotyczącą indeksacji sumy i składki najpóźniej w terminie 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. W przypadku braku zgody na propozycję zmiany, ubezpieczający powinien złożyć do ubezpieczyciela oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, przed rocznicą polisy od której ma obowiązywać zmiana.
3. Jeżeli ubezpieczający nie złoży oświadczenia, o którym mowa w ust. 2, od dnia rocznicy umowy obowiązuje podwyższona wysokość składki, co wywołuje analogiczne skutki jak opisano w § 7 .
4. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego nie wymaga formy pisemnej.
5. 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.
6. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
7. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 5 i 6 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
8. Indeksacji nie przeprowadza się, w przypadku, gdy:
 - 1) do końca okresu ubezpieczenia pozostały 2 lata,
 - 2) propozycja zmiany nie została przyjęta przez ubezpieczającego,
 - 3) trwa okres bezskładkowy,
 - 4) występuje w okresie przejścia przez ubezpieczyciela opłacania składki na podstawie umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym lub na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po zapłaceniu składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Z dniem określonym w ust. 2 wygasa odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego - z dniem ustalonym zgodnie z § 11 ust. 3,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach określonych w § 6 ust. 7,
 - 4) zgonu współubezpieczonego, z 60 dniem po dniu zgonu współubezpieczonego, z zastrzeżeniem § 13,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia - z dniem doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia,
 - 6) upływu okresu na jaki została zawarta,
 - 7) skrócenia okresu ubezpieczenia, o którym mowa w § 22, z dniem zaakceptowania wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
3. Z dniem zgonu ubezpieczonego rozwiązują się wszystkie dodatkowe umowy ubezpieczenia, których przedmiotem jest życie lub zdrowie ubezpieczonego.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wykupu ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 23, z zastrzeżeniem, iż wartość wykupu ustalana jest wg stanu na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych powodów, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się od dnia doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.

§ 12

1. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki za czas udzielanej przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.
2. Ubezpieczającemu, który odstąpił od umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedział, przysługuje zwrot składki, proporcjonalnie za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

§ 13

1. W przypadku zgonu współubezpieczonego ubezpieczający może wskazać inne dziecko, które w dniu zgonu współubezpieczonego nie ukończyło 18 lat, jako współubezpieczonego, z tym że muszą być spełnione warunki, o których mowa w § 4 ust. 4. Umowa ubezpieczenia nie ulega wtedy rozwiązaniu.
2. Wskazanie, o którym mowa w ust. 1, musi być dokonane na piśmie i doręczone ubezpieczycielowi w ciągu 60 dni od dnia zgonu współubezpieczonego. Ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić wszystkie należne składki do dnia wskazania innego dziecka, najpóźniej w dniu wskazania.
3. W przypadku wskazania, o którym mowa w ust.1, umowa ubezpieczenia trwa nieprzerwanie, z zastrzeżeniem postanowień dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wskaże innego dziecka jako współubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na dzień zgonu współubezpieczonego nie więcej jednak niż wynosi suma ubezpieczenia powiększona o dodatkową sumę ubezpieczenia, o której mowa w § 16 ust. 3, na podstawie wniosku, który ubezpieczający może złożyć na formularzu ubezpieczyciela. Wypłata, o której mowa powyżej, następuje najpóźniej w ciągu 28 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę.
5. Jeżeli w dniu zgonu współubezpieczonego ubezpieczający nie żyje, kwota w wysokości określonej w ust. 4 przysługuje członkom rodziny ubezpieczającego, 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 ubezpieczającym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1) – 3).

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 14

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, gdy wartość wykupu równa jest co najmniej aktualnej minimalnej wartości polisy. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym we wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, który został doręczony ubezpieczycielowi, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe nie wcześniej niż w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe.

3. Niezależnie od postanowień ust. 1 i 2 umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym w § 6 ust. 7 pkt 1), 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 przyszłych 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 wyliczonej sumy ubezpieczenia zależy też od tego, czy zakres ochrony obejmuje rentę posagową i od jej wariantu; wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe wskazana jest w umowie ubezpieczenia,
 - b) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia oprócz dodatkowej umowy renty posagowej.
5. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, ubezpieczający może dokonać jej przekształcenia w umowę ubezpieczenia składkowego wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 15

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w przypadku zdarzeń powstałych w związku z :
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanych działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
2. Wypłata wartości wykupu, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek o wypłatę świadczenia złożony przez uprawnionego, wg jej stanu z dnia zgonu ubezpieczonego, w terminie określonym w § 19.
3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia, które powstały w wyniku popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku, o którym mowa w zdaniu poprzednim, ubezpieczyciel wypłaca równowartość kwoty wykupu i zastosowanie mają zapisy ust.2.

UDZIAŁ W ZYSKU

§ 16

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje udział w zysku od zainwestowanych środków odpowiadających wysokości rezerwy matematycznej.
2. Udział w zysku nie może być niższy niż 90% stopy zysku zrealizowanej przez ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszonej o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów, określony w tabeli opłat i limitów stanowiącej załącznik do OWU.
3. Kwota udziału w zysku stanowi składkę jednorazową z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym oraz z tytułu renty posagowej – jeżeli dodatkowa umowa renty posagowej została zawarta. W każdą rocznicę polisy na podstawie powyższej składki wyliczana jest dodatkowa suma ubezpieczenia.
4. Dodatkowa suma ubezpieczenia, o której mowa powyżej, obliczana jest na podstawie: aktualnego wieku, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości składki jednorazowej, okresu jaki pozostał do końca okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 17

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 18 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia ogólnych warunków dodatkowych ubezpieczeń, z zastrzeżeniem postanowień § 19 ust. 9.
2. Zawierając umowę ubezpieczenia, ubezpieczający wskazuje współubezpieczonego jako osobę uprawnioną do świadczeń z tytułu umowy ubezpieczenia.

§ 18

1. W przypadku zgonu ubezpieczonego w okresie ubezpieczenia, ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz dodatkowych umów ubezpieczenia, które nie wygasają z dniem zgonu ubezpieczonego, od

daty pierwszej składki należnej po dacie zgonu ubezpieczonego, chyba że ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia stanowią inaczej, z zastrzeżeniem § 15.

2. Z tytułu dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia oraz dodatkowej sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu dożycia przez współubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.

§ 19

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy. W tym przypadku spadkobierca jest traktowany tak jak uprawniony z umowy ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
6. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania kwoty należnego świadczenia przez osobę, na rzecz której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
7. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości, niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawie prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz poucza ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
10. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 20

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia na wypadek zgonu z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia zarówno przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej w formie pisemnej.
4. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia złożenia do ubezpieczyciela wniosku, o którym mowa w ust. 3.

§ 21

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 świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.
3. Jeżeli uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi uprawnionymi do świadczenia są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)- 3).

SKRÓCENIE OKRESU UBEZPIECZENIA

§ 22

1. Współubezpieczony, który ukończył 18 lat, ma prawo do skrócenia okresu ubezpieczenia, jeżeli:
 - 1) zawarł związek małżeński,
 - 2) został rodzicem,
 - 3) rozpoczął naukę w szkole wyższej.
2. W celu skrócenia okresu ubezpieczenia współubezpieczony składa odpowiedni wniosek, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela; jeżeli żyje ubezpieczający konieczna jest jego zgoda wyrażona na wniosku.
3. W związku ze skróceniem okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu świadczenie w wysokości rezerwy matematycznej według jej stanu na dzień doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o skrócenie okresu ubezpieczenia; postanowienia § 19 ust.4, ust. 9 – 10. stosują się odpowiednio.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 23

1. Ubezpieczający, w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia, ma prawo dokonać wykupu.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu.
3. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 28 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez osobę uprawnioną.
4. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 3; postanowienia § 19 ust. 9 - 10 stosują się odpowiednio.

PRAWA I OBOWIĄZKI STRON

§ 24

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego pisemnie lub innym trwałym nośniku, na który ubezpieczający wyraził zgodę o propozycjach zmian w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający, o ile ubezpieczający i ubezpieczony są innymi osobami, jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej lub innym trwałym nośniku na który ubezpieczony wyraził zgodę:
 - 1) przed wyrażeniem przez ubezpieczającego zgody na zmianę warunków umowy lub prawa właściwego dla umowy ubezpieczenia;
 - 2) niezwłocznie po przekazaniu informacji ubezpieczającemu przez ubezpieczyciela - w przypadku informacji dotyczących wysokości świadczeń, wartości wykupu.Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu każdorazowo na wniosek o ich udzielenie.
2. Ubezpieczyciel jest zobowiązany:
 - 1) wykonywać zobowiązania przewidziane umową prawidłowo i zgodnie z terminami umowy ubezpieczenia;
 - 2) informować ubezpieczającego lub ubezpieczonego o zajściu zdarzeń objętych odpowiedzialnością ubezpieczyciela, jeżeli zdarzenie zostało zgłoszone do ubezpieczyciela, a osoby te nie są osobami występującymi z tym zgłoszeniem;
 - 3) informować osobę występującą z roszczeniem, pisemnie lub w inny sposób, na który ta osoba wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia zobowiązania, jeżeli jest to niezbędne do prowadzenia dalszego postępowania;
 - 4) informować pisemnie osobę występującą z roszczeniem o przyczynach niemożności jego spełnienia;
 - 5) udostępniać ubezpieczającemu, ubezpieczonemu oraz osobie występującej z roszczeniem informacje i dokumenty, które miały wpływ na ustalenie odpowiedzialności lub wysokość zobowiązania;
 - 6) udzielać na wniosek ubezpieczonego informacji o postanowieniach zawartej umowy oraz ogólnych warunków ubezpieczenia w zakresie, w jakim dotyczą one praw i obowiązków ubezpieczonego, o ile ubezpieczony jest inną osobą niż ubezpieczający;
 - 7) corocznie przysyłać ubezpieczającemu informację dotyczącą wysokości udziału w zysku i dodatkowej sumie ubezpieczenia oraz wartości wykupu;
 - 8) na wniosek ubezpieczającego złożony w dowolnym momencie, przekazać mu informacje, o których mowa w pkt. 7).
3. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczonego przenieść prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Umowa przeniesienia praw i obowiązków powinna być pod rygorem nieważności zaakceptowana pisemnie przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczający jest zobowiązany informować ubezpieczyciela o zmianie danych osobowych i teleadresowych swoich oraz ubezpieczonego i uprawnionych, chyba że zmiany dotyczące ubezpieczonego lub uprawnionego zostały zgłoszone przez ubezpieczonego;
5. Ubezpieczony może wskazać uprawnionych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w trakcie obowiązywania umowy ubezpieczenia, zgodnie z zasadami określonymi w § 20.
6. W przypadku śmierci ubezpieczającego, ubezpieczony może wnioskować do ubezpieczyciela o wstąpienie do umowy ubezpieczenia w prawa i obowiązki zmarłego ubezpieczającego.
7. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do wzajemnego informowania się o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 25

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

§ 26

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane w formie pisemnej.
2. Zasada, o której mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w przypadku zawiadomień i oświadczeń składanych przez ubezpieczającego albo ubezpieczyciela, jeżeli ubezpieczający zawarł z ubezpieczycielem umowę o świadczenie usług drogą elektroniczną (korzystania z aplikacji elektronicznej), z wyłączeniem przypadków obowiązku zawiadomień lub oświadczeń w formie pisemnej przewidzianej przepisami prawa.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia wypełnionego wniosku do ubezpieczyciela.
5. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane przez ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia do TUnŻ „WARTA” S.A.:

- 1) w formie pisemnej: na adres: skr. pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1,
- 2) w formie elektronicznej za pomocą formularza www.warta.pl/reklamacje,
- 3) telefonicznie pod nr 502 308 308
- 4) w każdej jednostce TUnŻ „WARTA” S.A., na piśmie doręczonym osobiście lub w formie ustnej do protokołu.

TUnŻ „WARTA” S.A. rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi w formie pisemnej przesyłką listową lub w formie elektronicznej na wniosek składającego skargę, zażalenie, reklamację. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący skargę, zażalenie, reklamację zostanie uprzednio powiadomiony. Organem właściwym do rozpatrzenia skargi, zażalenia, reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.

W przypadku nieuwzględnienia skargi, zażalenia, reklamacji osoba fizyczna może wystąpić z powództwem przeciwko TUnŻ „WARTA” S.A. do sądu, o którym mowa w §19 ust.7 a nadto może wystąpić z wnioskiem o pomoc do Rzecznika Finansowego. Szczegółowe informacje dotyczące trybu wnoszenia i rozpatrywania skarg, zażaleń, reklamacji udostępniane są za pośrednictwem strony internetowej www.warta.pl. TUnŻ „WARTA” S.A. podlega nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.

6. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.

§ 27

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
3. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
4. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
5. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (t.j. Dz.U. z 2012 r., poz. 361 z późn. zm.) albo ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 851 z późn. zm.). Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy kodeks cywilny (t.j. Dz.U. z 2014 r., poz. 121 z późn. zm.).

§ 28

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

§ 29

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 261/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 15 grudnia 2015r., z zastrzeżeniem §19 ust. 3, który ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od dnia 1 stycznia 2016 r.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 str. 13
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 3, 5 str. 13, 14
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku

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 dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków,
- 2) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2 pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
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. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel 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 strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
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 ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, 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 ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest współubezpieczony.

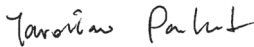
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona jeżeli zgon nastąpił w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 262/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA ” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 15 grudnia 2015 r.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 – 3 str. 16
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 4 str. 16,17
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD renty posagowej

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Renty Posagowej

§ 1

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia renty posagowej (zwanymi dalej „warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego, może być doręczony ubezpieczycielowi wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dotatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta jedynie jeżeli ubezpieczający jest rodzicem (naturalnym lub osobą, która przysposobiła) lub opiekunem (który jest przedstawicielem ustawowym) dziecka będącego współubezpieczonym.
3. Dotatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia ani zawarcia nowej dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem sytuacji o której mowa w § 14 ust. 5 OWU.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel 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 dotatkowa 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.
6. W okresie opłacania składek suma ubezpieczenia, będąca podstawą ustalania wysokości renty, podwyższana jest w wyniku indeksacji składki, o której mowa w OWU.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia.

§ 6

1. Z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu w przypadku zgonu ubezpieczonego świadczenie w postaci renty miesięcznej w wysokości 2% lub 4% sumy ubezpieczenia powiększonej odpowiednio o 2% lub 4% dodatkowej sumy ubezpieczenia o której mowa w § 16 ust. 3 OWU, zgodnie z umową ubezpieczenia.
2. Wysokość renty podlega corocznemu zwiększeniu w związku z udziałem w zysku, odpowiednio do wysokości dodatkowej sumy ubezpieczenia naliczonej w związku z udziałem w zysku. Zwiększenie obowiązuje począwszy od pierwszej wypłaty renty następującej po 30 dniach, licząc od rocznicy polisy, w związku z którą naliczany jest zysk.
3. Renta wypłacana jest za okres od dnia zgonu ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia rozwiązania umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona, jeżeli zgon ubezpieczonego nastąpił w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu dwóch lat od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,

- 3) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
- 5) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

1. Świadczenie rentowe wypłacane jest współubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela, z dołączonymi dokumentami, wskazanymi przez ubezpieczyciela, niezbędnymi do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Wysokość pierwszej wypłaty obejmuje wypłatę renty za okres od dnia zgonu ubezpieczonego do końca miesiąca kalendarzowego, w którym nastąpiło zaakceptowanie wniosku, o którym mowa w ust. 1 (wysokość pierwszej wypłaty obliczana jest proporcjonalnie do długości powyższego okresu).
3. Każda następną kwota renty wypłacana jest do 10-tego dnia miesiąca za dany miesiąc kalendarzowy.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 263/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA ” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 15 grudnia 2015 r.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 str. 19, 20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 ust. 4 str. 20 § 7 ust. 4 - 5 str. 21
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Współubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku (zwanymi dalej „warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków,
- 2) **inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, uszkodzenie ciała współubezpieczonego polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych warunków,
- 3) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powołany przez ubezpieczyciela wydający opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.
- 4) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia współubezpieczonego, wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia istnieje możliwość ponownego jej zawarcia na zasadach określonych w ust. 1.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa współubezpieczonego 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 lub w pisemnym potwierdzeniu.
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.
6. Z chwilą zakończenia odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel nie pobiera składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 5

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu, jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu świadczenie w wysokości wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie lub pisemnym potwierdzeniu.

2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca współubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować współubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
4. Z tytułu inwalidztwa współubezpieczonego w wyniku wypadku 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 ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia.
6. 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 inwalidztwa współubezpieczonego:

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

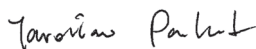
2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
- ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - dłoń – palce i śródrezcze,
 - udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień inwalidztwa współubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 współubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) poddaniem się współubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 4) chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 5) obrażeniami ciała lub chorobami stwierdzonymi lub leczonymi przed datą zawarcia umowy,
 - 6) prowadzeniem przez współubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez współubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym współubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem współubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, współubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) rozpoznaniem u współubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień.
 - 12) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 264/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 15 grudnia 2015 r.



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



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

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

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 ust. 1 – 2 str. 24
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 5 ust. 1 i 3 str. 24 § 6 ust. 6 str. 24
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego

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 (zwanymi dalej „warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

Użyty w niniejszych warunkach określeniom nadaje się znaczenie przyjęte w OWU, poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu nadal pozostaje trwale i całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy oraz zgodnie z wiedzą medyczną nie rokuje odzyskania zdolności do pracy,
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych warunków,
- 3) **komisja lekarska** – lekarza (lub zespół lekarzy) powołanego przez ubezpieczyciela wydającego opinię w sprawie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej z leczenia.
- 4) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, które jest wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 4 i 5 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
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 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 ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego jej zawarcia.
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.
8. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
9. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
10. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejęcia opłacania składki w przypadku 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 lub pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Wysokość składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości składek z tytułu umowy podstawowej oraz dodatkowych umów ubezpieczeń podlegających przejęciu opłacania składki z uwzględnieniem indeksacji ww. składek.
4. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejęciu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku.
2. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel spełnia na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku, doręzonego ubezpieczycielowi oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez ubezpieczyciela, stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
3. Składka za okres od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o realizację świadczenia przez ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.
4. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłacona przez ubezpieczającego składka 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.
5. Do terminu, w którym ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty świadczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela 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 oraz czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 3) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego leczeniu, terapii, 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: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotnictwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym ubezpieczonego innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem lub działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 7

1. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w § 6 ust. 1:
 - 1) składki opłacane są przez ubezpieczyciela do czasu poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego (tj. do czasu, gdy w opinii ubezpieczyciela, ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy),
 - 2) w przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, o której mowa w pkt 1), ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek,
 - 3) o niezdolności do pracy i poprawie stanu zdrowia ubezpieczonego orzeka komisja lekarska ubezpieczyciela.
2. W okresie opłacania składek przez ubezpieczyciela, składki wynikające z umowy ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
3. Ubezpieczyciel może okresowo wzywać ubezpieczonego na komisję lekarską do poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie inwalidztwa.
4. W przypadku odmowy przez ubezpieczonego poddania się czynnością, o których mowa w ust. 3, ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczającego do podjęcia opłacania składek:


- 1) ubezpieczyciel w wezwaniu poinformuje o terminie podjęcia obowiązku opłacania składek,
- 2) w przypadku niepodjęcia, w terminie wskazanym przez ubezpieczyciela, opłacania składek przez ubezpieczającego - postanowienia OWU stosuje się odpowiednio.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 265/2015 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna i wprowadzone w życie z dniem 15 grudnia 2015 r.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 6 str. 28
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§5 ust. 1,4 str. 28 §7 str. 28 §8 str. 28 §10 str. 29
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD dzienne świadczenie szpitalne dziecka

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzienne Świadczenie Szpitalne Dziecka

§ 1

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia – dzienne świadczenie szpitalne dziecka (zwanych dalej “warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanych dalej “OWU”).

§ 2

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

- 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu dziecka, niezależne od jego woli.
- 2) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków.
- 3) **dziecko** – dziecko wskazane przez ubezpieczającego będące współubezpieczonym, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończone 3 rok życia, ale nie ukończyło 18 roku życia.
- 4) **dzień pobytu w szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym dziecko przebywało w szpitalu, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala.
- 5) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z właściwymi przepisami, prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia nie jest dom opieki lub inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień.
- 6) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty.
- 7) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia dziecka wywołane bezpośrednio i wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było wyłączną i bezpośrednią przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2,3,8 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia wniosku o zawarcie, o którym mowa w ust. 1, dziecko ukończyło 3 rok życia .
3. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia może zostać złożony po ukończeniu przez dziecko 3 roku życia i przed ukończeniem 10 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z tym że:
 - 1) okres ochrony ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeśli ubezpieczyciel na 30 dni, a ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym dziecko ukończyło 18 rok życia.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek lub choroba.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
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. W powyższym przypadku nie ma możliwości ponownego zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o którym mowa w ust. 1 dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia i wskazanej w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia w tej samej częstotliwości.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu dziecka, którego przyczyną jest choroba rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu pobytu w szpitalu dziecka, którego przyczyną jest wypadek rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku niespełnienia warunku, o którym mowa w ust. 1 i 2, odpowiedzialność ubezpieczyciela:
 - 1) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego;
 - 2) z tytułu pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba - rozpoczyna się od dnia następnego po zapłaceniu pierwszej składki przez ubezpieczającego, nie wcześniej jednak niż po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez dziecko 18 lat.
5. Okres 90 dni o którym mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zgonu dziecka.

§ 6

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem dziecka w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego w tym okresie, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu dziecka 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 w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego dziecka, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, dzieńne świadczenie szpitalne dziecka przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający po dacie zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.
4. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, dzieńne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, a jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba – także pod warunkiem, że pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia trwał co najmniej 6 dni.

§ 7

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

§ 8

1. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, pod warunkiem, że pobyt w szpitalu trwał co najmniej 6 dni.
2. Dzielne świadczenie szpitalne za pobyt dziecka w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu.
3. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu dziecka w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. w sytuacji, gdy pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie w wysokości 50% kwoty dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu z powodu wypadku.

§ 9

1. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest choroba, wskazana jest w umowie ubezpieczenia lub pisemnym potwierdzeniu i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
2. Kwota dziennego świadczenia szpitalnego za pobyt dziecka w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek, wskazana jest w umowie ubezpieczenia lub pisemnym potwierdzeniu i nie może przekroczyć limitu ustalonego przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 3.
3. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka przewidzianego w niniejszych warunkach, ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia kwoty stanowiące wysokość odpowiedzialności z tytułu tego ryzyka.

§ 10

1. Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu dziecka w związku z:
 - 1) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych, zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych oraz leczeniem uzależnień,
 - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem: operacji oszczędzeń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
 - 3) ciążą, porodem, położeniem, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z uświłowaniem lub popełnieniem przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko,
 - 7) chorobami, uszkodzeniami ciała stwierdzonymi lub leczonymi przed datą początku odpowiedzialności,
 - 8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub uświłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
 - 9) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 10) pełnieniem przez dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 11) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi, wyścigami samochodowymi lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
 - 12) prowadzeniem przez dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 13) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 14) pozostawianiem dziecka w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo – leczniczym,,
 - 15) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i innych badań, o ile przyczyna ich wykonania nie jest chorobą lub obrażeniem ciała dziecka,
 - 16) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem..

§ 11

1. Ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w związku z pobytem dziecka w szpitalu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może zostać złożony na formularzu ubezpieczyciela.
2. Do wniosku o wypłatę świadczenia należy dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego dziecka,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).
3. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest dziecko.

§ 12

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 266/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 10 listopada 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 15 grudnia 2015 r.



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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania

Rodzaj Informacji	Numer zapisu z OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 7 str. 32
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 6 str. 32 § 7 str. 32 § 8 str. 32, 33
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa z ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego	Brak opłat
4. Wartości wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okresu, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	Nie dotyczy OWUD wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Dziecka Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania (zwanym dalej „warunkami”) mają zastosowanie w dodatkowych umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia, zawartych na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Posagowe WARTA POSAG (zwanym dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych warunków.
- 2) **dziecko** – dziecko wskazane przez ubezpieczającego będące współubezpieczonym, które w dniu zajścia zdarzenia, objętego ochroną w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia, miało ukończony 3 rok życia, ale nie ukończyło 18 roku życia.
- 3) **katalog poważnych zachorowań dziecka** – „katalog poważnych zachorowań dziecka” stanowiący załącznik do niniejszych warunków.
- 4) **poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w katalogu poważnych zachorowań dziecka, zdiagnozowany lub leczony w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- 5) **wystąpienie poważnego zachorowania** - zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zaistnienie następujących okoliczności w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela:

1. w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, łagodnego nowotworu mózgu, śpiączki, wirusowego zapalenia mózgu, dystrofii mięśniowej, przewlekłej niewydolności wątroby - postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych kryteriach poważnego zachorowania określonych w katalogu poważnych zachorowań dziecka, udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z warunkami ubezpieczenia;
2. w przypadku: niewydolności nerek, cukrzycy - rozpoczęcie specjalistycznego leczenia.

§ 3

Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania wymieniony jest w katalogu poważnych zachorowań dziecka.

§ 4

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ust. 2, 3, 8 oraz pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta, jeżeli w dniu doręczenia wniosku o zawarcie, o którym mowa w ust. 1, dziecko ukończyło 3 rok życia.
3. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia w trakcie trwania umowy ubezpieczenia może zostać złożony po ukończeniu przez dziecko 3 roku życia i przed ukończeniem 10 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku, z tym że:
 - 1) okres ochrony ulega przedłużeniu na następny roczny okres ubezpieczenia, jeśli ubezpieczyciel na 30 dni, a ubezpieczający na 14 dni przed rocznicą polisy nie złoży oświadczenia o braku wyrażenia zgody na przedłużenie dodatkowej umowy ubezpieczenia.
 - 2) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym dziecko ukończyło 18 rok życia.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie.
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. w powyższym przypadku nie ma możliwości ponownego zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów na podstawie, których dokona oceny ryzyka, a także skierować dziecko na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia wskazanej w polisie lub w pisemnym potwierdzeniu.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacona 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.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się po upływie 180 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych warunków, oraz w terminie wskazanym w § 6 ust. 3 OWU.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania nie dotyczy tych poważnych zachorowań, które wystąpiły już u dziecka (były zdiagnozowane lub leczone) przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.
3. Okres 180 dni, o którym mowa w ust. 1 nie ma zastosowania w przypadku przedłużenia dodatkowej umowy ubezpieczenia na kolejny okres ubezpieczenia.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu ukończenia przez dziecko 18 lat.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się z dniem zgonu dziecka.

§ 7

1. Z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej kwotę świadczenia określoną w umowie ubezpieczenia lub w pisemnym potwierdzeniu, nie większą jednak niż kwota ustalona przez ubezpieczyciela stosownie do postanowień ust. 7, za wystąpienie poważnego zachorowania jednego rodzaju.
2. W czasie trwania umowy ubezpieczenia może być wypłacone, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka tego samego rodzaju poważnego zachorowania. Odpowiedzialność dotyczy wyłącznie tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie są w związku przyczynowo-skutkowym z poprzednim poważnym zachorowaniem powodującym wypłatę świadczenia, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego patogennego czynnika.
3. Świadczenie z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu na podstawie kompletnego wniosku o wypłatę świadczenia, który może być złożony na formularzu ubezpieczyciela. Do wniosku należy załączyć dokumentację medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
4. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia sporządzone zostały w języku innym niż polski osoba uprawniona zobowiązana jest dostarczyć je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania ubezpieczyciel ma prawo skierować dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust. 1, jest dziecko.
7. Przy zawieraniu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel może określić we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, kwoty stanowiące górną granicę jego odpowiedzialności w zakresie wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania.
8. Za wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie jednoznacznej diagnozy przez lekarza specjalistę, z zastrzeżeniem że w przypadku poważnego zachorowania będącego zabiegiem jest to data przeprowadzenia zabiegu a w przypadku nowotworu złośliwego - data oceny materiału (preparatu) przez lekarza histopatologa.

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u dziecka poważnego zachorowania jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez dziecko,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym oraz czynnym udziałem dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 3) poddaniem dziecka leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 4) zarażeniem się wirusem HIV,
- 5) zatruciem lub działaniem dziecka pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych oraz w wyniku schorzeń spowodowanych alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) uprawianiem przez dziecko niebezpiecznych sportów: nurkowaniem, alpinizmem, wspinaczką skałkową, wspinaczką wysokogórską, speleologią, baloniarstwem, lotniarstwem, szybownictwem, lotnictwem (pilotażem: sportowym, wojskowym, zawodowym, amatorskim, samolotów, helikopterów), paralotniarstwem, motoparalotniarstwem, skokami spadochronowymi,

- wyścigami samochodowym lub motocyklowymi, jazdą gokartami, jazdą quadami, sportami motorowodnymi, sportami walki, skokami na gumowej linie,
- 7) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez dziecko, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - 8) rozpoznaniem u dziecka chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, leczeniem uzależnień,
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 10

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 267/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 10 listopada 2015 r. i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 15 grudnia 2015 r.



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

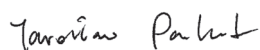


Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Paweł Bednarek

Tabela opłat i limitów do Indywidualnego Ubezpieczenia Posagowego WARTA POSAG

Rodzaj opłaty /wskaźnika	Wysokość wskaźnika	Tryb pobierania
Umowa podstawowa		
Procentowy wskaźnik kosztów	1,5%	Wskaźnik stosowany przy obliczaniu udziału w zysku
Umowa podstawowa		
Minimalna wartość polisy		2 000 PLN
Minimalna składka ochronna dla umowy ubezpieczenia		miesięczna – 100 PLN kwartalna – 296 PLN półroczna - 578 PLN roczna – 1111 PLN

Niniejsza Tabela opłat i limitów została zatwierdzona Uchwałą nr 268/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 10 listopada 2015 r. i wprowadzona w życie z dniem 15 grudnia 2015 r.



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



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

Katalog Poważnych Zachorowań Dziecka WARTA POSAG

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

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

NOWOTWÓR (GUZ) ZŁOŚLIWY

§ 2

Za nowotwór (guz) złośliwy, uważa się nowotwór (guz) złośliwy, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym.

Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.

Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:

- 1) rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe,
- 2) rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania co najmniej T2N0M0,
- 3) wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka,
- 4) rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczowego,
- 5) wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 3

Za niewydolność nerek uważa się schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek.

ŁAGODNY NOWOTWÓR MÓZGU

§ 4

Za łagodny nowotwór mózgu uważa się wewnątrzczaszkowy zagrażający życiu, niezłośliwy nowotwór mózgu, powodujący uszkodzenie mózgu, potwierdzony przez neurologa lub neurochirurga, wymagający usunięcia neurochirurgicznego lub w przypadku zaniechania operacji, powodujący trwałe ubytek neurologiczny.

ŚPIĄCZKA

§ 5

Za śpiączkę uważa się stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin. Dodatkowo wymagane jest stwierdzenie trwałego ubytku neurologicznego potwierdzone przez specjalistę w zakresie neurologii. Zakres ochrony ubezpieczeniowej nie obejmuje przypadków śpiączki wynikających z użycia alkoholu i innych substancji odurzających.

WIRUSOWE ZAPALENIE MÓZGU

§ 6

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

DYSTROFIA MIĘŚNIOWA

§ 7

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

CUKRZYCA

§ 8

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

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

PRZEWLEKŁA NIWYDOLNOŚĆ WĄTROBY

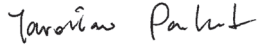
§ 9

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

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

§ 10

Niniejszy katalog poważnych zachorowań dziecka ubezpieczonego został zatwierdzony Uchwałą nr 270/2015 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z 10 listopada 2015 r. i ma zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od 15 grudnia 2015 r.



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



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