



Ogólne Warunki Ubezpieczenia
Indywidualne Ubezpieczenie Oszczędnościowe
STABILNA PRZYSZŁOŚĆ

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A., zwane dalej **ubezpieczycielem**, z **ubezpieczającymi**, za pośrednictwem Kredyt Banku S.A., zwanego dalej **Pośrednikiem**.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** - osobę fizyczną, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** - osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia, może nim być jedynie ubezpieczający,
 - 3) **uprawniony** - osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** - umowę, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia,
 - 6) **certyfikat ubezpieczenia** (zwany inaczej polisą) – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 7) **suma ubezpieczenia** - sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 8) **świadczenie ubezpieczyciela** - sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 9) **rocznica polisy** - rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 10) **premia ubezpieczeniowa** - kwotę wypłacaną przez ubezpieczyciela na zasadach określonych w OWU,
 - 11) **wartość wykupu** – kwotę wskazaną w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, wypłacaną przez ubezpieczyciela na zasadach określonych w OWU,
 - 12) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 13) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych,

- 14) **minimalna wartość wykupu** – kwotę ustaloną okresowo przez ubezpieczyciela, określoną w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU,
- 15) **miesiąc ubezpieczeniowy** - pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesiący kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje,
- 16) **górnny limit sumy ubezpieczenia** – maksymalną sumę ubezpieczenia zależną od wieku ubezpieczonego w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia, określoną w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia i dodatkowych umów ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie określonym w Pakiecie ubezpieczenia obejmującym:
 - 1) w zakresie podstawowym ryzyka:
 - a) zgon ubezpieczonego,
 - b) dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
 - 2) w zakresie rozszerzonym w ramach dodatkowych umów ubezpieczenia:
 - a) ryzyko zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku,
 - b) świadczenie assistance medycznej.
3. W ramach Pakietu, o którym mowa w ust. 2, zawarcie umowy ubezpieczenia jest równoznaczne z objęciem ubezpieczonego równocześnie ochroną ubezpieczeniową w zakresie podstawowym i rozszerzonym.
4. Szczegółowe warunki ubezpieczenia w ramach ryzyk w zakresie rozszerzonym, wskazanych w Pakiecie, określają Ogólne Warunki Ubezpieczeń Dodatkowych.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
2. Suma ubezpieczenia jest wyrażona kwotowo i nie może być, na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia, większa niż górny limit sumy ubezpieczenia, ustalony przez ubezpieczyciela.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ustalona w umowie ubezpieczenia podlega indeksacji na zasadach określonych w § 6 OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5, 10, 15, 20, 25, 30 lat lub do pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez ubezpieczonego 70 roku życia zgodnie z wyborem ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat, nie dłuższy niż 30 lat oraz nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia (okres ubezpieczenia).
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU ust. 2, jest zawarta w dniu oznaczonym w certyfikacie jako początek okresu ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia ubezpieczającemu certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczyciela, za pośrednictwem Pośrednika.
5. Zawarcie umowy ubezpieczenia następuje na podstawie certyfikatu ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i doręzonego Pośrednikowi.
6. Ubezpieczony może być w tym samym czasie objęty ochroną ubezpieczeniową tylko na podstawie jednej umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie niniejszych OWU.
7. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.
8. Przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem dnia poprzedzającego dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia. W przypadku umów zawieranych ostatniego dnia lutego, przyjmuje się, iż każdy rok obowiązywania umowy ubezpieczenia kończy się z upływem przedostatniego dnia lutego.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela w certyfikacie ubezpieczenia lub innym dokumencie.
2. Składka może być opłacana okresowo: miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie – zgodnie z wyborem ubezpieczającego. Wybrana częstotliwość opłacania składki określana jest przez ubezpieczyciela w certyfikacie ubezpieczenia lub innym dokumencie.
3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania certyfikatu ubezpieczenia. Każdą następną składkę ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wzywa ubezpieczającego do opłacenia w terminie dwóch miesięcy ubezpieczeniowych od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu ww. terminu informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składek w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
6. Jeżeli w terminie dwóch miesięcy ubezpieczeniowych od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki

ubebezpieczający nie wpłaci zaległych składek, o których mowa w ust. 5:

- 1) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła w okresie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia - umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu wskazanego w ust. 5.
- 2) jeżeli data wymagalności pierwszej zaległej składki nastąpiła po upływie pierwszych 2 lat obowiązywania umowy ubezpieczenia:
 - a) umowa ubezpieczenia ulega przekształceniu w ubezpieczenie bezskładkowe, o którym mowa w § 13, z upływem terminu określonego w ust. 5 pod warunkiem, iż wartość wykupu dotycząca umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona przekracza minimalną wartość wykupu,
 - b) umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem terminu określonego w ust. 5, w przypadku gdy wartość wykupu umowy ubezpieczenia wg stanu na ostatni dzień, za który składka była opłacona nie przekracza minimalnej wartości wykupu.
7. W przypadku określonym w ust. 6 pkt 2 b) ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu wg stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 21.
8. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek w wysokości odsetek ustawowych od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
9. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, płci, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia oraz okresu ubezpieczenia.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8 składka płacona z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdej rocznicy polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 7 ust. 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.
3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres, jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia: zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy

przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:

- 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.
2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 6 OWU.

§ 8

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia nie później niż na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki, płatnej z tytułu ryzyka w zakresie podstawowym umowy ubezpieczenia, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4 następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, 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.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i ust. 5 składka nie podlega indeksacji oraz podwyższeniu, o którym mowa w § 7 ust. 1, w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela, w zakresie zdarzeń, o których mowa w § 2 ust. 2 pkt. 1), rozpoczyna się od dnia wskazanego w certyfikacie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki, w wysokości ustalonej w certyfikacie 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,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki – na zasadach określonych w § 5 ust. 5,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) złożenia wniosku o wykup ubezpieczenia – z dniem doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia, złożonego na formularzu ubezpieczyciela,
 - 6) upływu okresu, na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
 3. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego doręczony do ubezpieczyciela, na zasadach określonych w § 21 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 zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do 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.

UBEZPIECZENIE BEZSKŁADKOWE

§ 13

1. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe po upływie dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia oraz gdy wartość wykupu równa jest co najmniej aktualnej minimalnej wartości wykupu. Umowa ubezpieczenia przekształca się w ubezpieczenie bezskładkowe w dniu wskazanym we wniosku o przekształcenie umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, który został doręczony 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, z zastrzeżeniem § 5 ust. 6 pkt. 2) lit. a).
3. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe;
 - 1) okres ubezpieczenia nie ulega zmianie,

- 2) wygasa wymagalność składek, w tym również składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia, w okresie ubezpieczenia bezskładkowego,
- 3) począwszy od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe:
 - a) suma ubezpieczenia ulega zmianie z uwzględnieniem wartości wykupu polisy, wieku ubezpieczonego w dniu przekształcenia umowy ubezpieczenia i okresu jaki pozostał od dnia przekształcenia umowy ubezpieczenia do zakończenia trwania umowy ubezpieczenia; wysokość sumy ubezpieczenia obowiązującej w przypadku przekształcenia ubezpieczenia w bezskładkowe wskazana jest w certyfikacie ubezpieczenia,
 - b) odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku zgonu ubezpieczonego w okresie trwania ubezpieczenia bezskładkowego jest ograniczona do wypłaty sumy ubezpieczenia w wysokości ustalonej stosownie do ppkt a) oraz premii ubezpieczeniowej w wysokości obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego,
 - c) następuje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. W przypadku przekształcenia umowy ubezpieczenia w ubezpieczenie bezskładkowe, ubezpieczający może przekształcić umowy w umowę ubezpieczenia składkowego wyłącznie za zgodą i na warunkach określonych przez ubezpieczyciela.

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 14

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

UDZIAŁ W ZYSKU, PREMIA UBEZPIECZENIOWA

§ 15

1. W każdą rocznicę polisy ubezpieczyciel może przyznać ubezpieczającemu udział w zysku od zainwestowanych środków przypadających na umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym, o którym mowa w § 2 ust. 2 pkt. 1) OWU, pod warunkiem że umowa ubezpieczenia obowiązywała w dniu rocznicy polisy.

2. Udział w zysku liczony jest za okres ostatnich 12 miesięcy przypadających pomiędzy rocznicami polisy.
3. Kwota udziału w zysku tworzy premię ubezpieczeniową.
4. Dodatkowo począwszy od drugiej rocznicy polisy, ubezpieczyciel może przyznać udział w zysku od premii ubezpieczeniowej przypadającej na umowę ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
5. Udział w zysku od premii ubezpieczeniowej, o której mowa w ust. 4, podawany jest przez ubezpieczyciela łącznie z udziałem w zysku, o którym mowa w ust. 1.
6. Ubezpieczający ma możliwość wypłaty kwoty premii ubezpieczeniowej po upływie piątej rocznicy polisy, nie wcześniej jednak, niż po upływie połowy okresu ubezpieczenia. Wypłata kwoty premii ubezpieczeniowej następuje na wniosek ubezpieczającego doręczony ubezpieczycielowi, na zasadach określonych w § 21, z zastrzeżeniem postanowień ustępów poniższych.
7. Wypłata kwoty premii ubezpieczeniowej w trybie przewidzianym w ust. 6 może nastąpić nie częściej niż raz na pięć lat.
8. Dokonanie wypłaty kwoty premii ubezpieczeniowej na zasadach określonych w ust. 6, może nastąpić jedynie wówczas, gdy kwota premii na dzień złożenia wniosku o jej wypłatę wynosi co najmniej 10% minimalnej wartości wykupu.
9. W przypadku złożenia wniosku o wypłatę premii ubezpieczeniowej w trybie przewidzianym w ust. 6 ubezpieczyciel wypłaca całą, aktualną kwotę premii pomniejszoną o odpowiedni procent, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
10. Udział w zysku przypadający za okres po wypłaceniu premii tworzy nową kwotę premii ubezpieczeniowej.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 16

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia § 17 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 18 ust. 9.
2. Uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są:
 - 1) osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 20 ust. 3 - w przypadku zgonu ubezpieczonego,
 - 2) ubezpieczony - w przypadku dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od ubezpieczyciela. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 17

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego lub dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia

- ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego lub odpowiednio dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
2. Świadczenie ubezpieczyciela ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej, w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem, chyba że kwota premii ubezpieczeniowej została wypłacona na warunkach określonych w § 15 ust. 6, z zastrzeżeniem postanowień § 15 ust. 9.
 3. Kwota premii ubezpieczeniowej, o której mowa w § 15 ust. 3, powiększa świadczenia wypłacane tylko z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej w zakresie podstawowym.

§ 18

1. Świadczenia wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczonego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Jednakże bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
5. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia oraz pouczy ją o przysługującym jej prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
6. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień poinformowania o możliwości odebrania kwoty świadczenia przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
7. Na wniosek ubezpieczonego zgłoszony na 60 dni przed końcem okresu ubezpieczenia ubezpieczyciel może wypłacić świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia w postaci renty na podstawie ogólnych warunków ubezpieczenia rentowego obowiązujących w dniu wypłaty świadczenia.
8. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o 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 lub wykupu ubezpieczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakiegokolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie lub kwotę wykupu 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 w certyfikacie ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
11. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że w certyfikacie ubezpieczenia została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia podlega odpowiedniemu zmniejszeniu lub zwiększeniu w stosunku wynikającym z porównania składki jaka została ustalona z uwzględnieniem błędnej daty urodzin ubezpieczonego do składki jaka by była należna, gdyby została podana prawidłowa data urodzin ubezpieczonego. Powyższe uprawnienie przysługuje ubezpieczycielowi jeżeli ubezpieczający i uprawniony jest tą samą osobą.

§ 19

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

§ 20

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się uprawnionemu w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 3.

3. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi, uprawnionymi do świadczenia, są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.

WYKUP UBEZPIECZENIA

§ 21

1. Ubezpieczający po upływie pierwszych dwóch lat obowiązywania umowy ubezpieczenia, pod warunkiem opłacenia wszystkich składek wymagalnych w tym okresie, może złożyć wniosek o dokonanie wykupu ubezpieczenia.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu.
3. Kwota wypłacana przez ubezpieczyciela tytułem wykupu ubezpieczenia ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej w wysokości obowiązującej w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia, pomniejszonej o odpowiedni procent, określony w tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.
4. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 30 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez uprawnionego na formularzu ubezpieczyciela.
5. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku, o którym mowa w ust. 4; postanowienia § 18 ust. 9 stosuje się odpowiednio.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 22

O zajściu zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczający lub ubezpieczony ma obowiązek niezwłocznie powiadomić ubezpieczyciela, najpóźniej w ciągu 30 dni od dnia jego zaistnienia.

§ 23

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku do ubezpieczyciela.

5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane pod adres siedziby ubezpieczyciela w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust. 6.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 24

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
3. Wysokość opłat pobieranych przez ubezpieczyciela w ramach umowy ubezpieczenia, w tym opłat związanych z administracją, oraz dokonywaniem wypłat, a także zasady ich pobierania i metody indeksacji, w zakresie nie uregulowanym w niniejszych OWU, określone są na podstawie tabeli opłat stanowiącej załącznik do OWU.

§ 25

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.

§ 26

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.

§ 27

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 173/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia.
3. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia ani zawarcia nowej dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 13 ust. 4 OWU.
4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w certyfikacie ubezpieczenia lub innym dokumencie.
5. 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 opłacania składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela w certyfikacie ubezpieczenia lub innym dokumencie.
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 zawarcia dodatkowej umowy 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 70 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaci osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, niezależnie od świadczenia, o którym mowa w OWU.
2. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust. 1, jest podwyższana wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, zostanie wypłacone przez ubezpieczyciela, jeśli zgon nastąpił w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku będącego przyczyną zgonu.
4. Osoba uprawniona, o której mowa w ust. 1, jest osobą wymienioną w OWU.
5. Odpowiedzialność 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 ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 7) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 8) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub substancji toksycznych, 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.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 173/2011 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia ”WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY” (zwane dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Oszczędnościowe STABILNA PRZYSZŁOŚĆ (zwanych dalej OWU).

§ 2

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

- 1) **centrum operacyjne** - centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się na certyfikacie;
- 2) **zdarzenie ubezpieczeniowe** - zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia polegające na wystąpieniu u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nagłego zachorowania zdefiniowanego w ust. 1 pkt 3) lub doznaniu obrażeń ciała będących następstwem nieszczęśliwego wypadku zdefiniowanego w ust. 1 pkt 11). W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 pkt 2) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w pkt a) do e);
- 3) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający natychmiastowej pomocy lekarskiej;
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie niniejszych Warunków;
- 5) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
- 6) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie;
- 7) **placówka medyczna** - szpital, przychodnia lub gabinet medyczny działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium RP;
- 8) **umowa ubezpieczenia** - umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie OWU;
- 9) **choroba przewlekła** - choroba o długotrwałym przebiegu, trwającą zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
- 10) **choroba psychiczna** – chorobę zakwalifikowaną w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD – 10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;

- 11) **nieszczęśliwy wypadek** - gwałtowne i przypadkowe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, niezależne od woli i stanu zdrowia Ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, które nastąpiło w okresie ograniczonym datami rozpoczęcia i wygaśnięcia odpowiedzialności ubezpieczyciela w odniesieniu do Ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
- 12) **małżonek ubezpieczonego** – osobę, która w dniu zajścia zdarzenia pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
- 13) **dziecko ubezpieczonego** - dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia, o którym mowa w pkt 2) nie ukończyło 18 roku życia;
- 14) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszych Warunkach;
- 15) **osoba niesamodzielną** - osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielną i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 16) **osoba uprawniona do opieki** - wyznaczona do opieki osoba zamieszkała na terytorium Polski, wyznaczona przez ubezpieczonego; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
- 17) **miejsce zamieszkania** – jedno miejsce stałego pobytu ubezpieczonego na terenie Polski, mające zastosowanie dla całego okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
- 18) **rok ubezpieczeniowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami umowy ubezpieczenia.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie wraz z zawarciem umowy ubezpieczenia w ramach Pakietu ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia,
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza na piśmie.

4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej ponownego zawarcia, z zastrzeżeniem sytuacji o której mowa w § 13 ust. 4 OWU.
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. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia do ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, nie później niż na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 70 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 7 ani oświadczenia o którym mowa w ust. 2.
9. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 7, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na który była zawarta.
10. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 7, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości wskazanej przez ubezpieczyciela w certyfikacie ubezpieczenia lub w innym dokumencie, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 3 ust. 7, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu ukończenia przez ubezpieczającego 70 lat.

§ 6

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

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 ust. 1 pkt 2),
 - 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli nr 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego,
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego,
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego,
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa,
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach "WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY"

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

	niesamodzielnymi
11	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi
12	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej
13	Zdrowotne usługi informacyjne

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

1) **Transport medyczny**

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

informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno **zdarzenie ubezpieczeniowe**. Limit kosztów może być wykorzystywany wielokrotnie pod warunkiem, że odnosi się do różnych zdarzeń ubezpieczeniowych.

- 2) **Wizyta lekarska** - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku ubezpieczeniowego.
- 3) **Wizyta pielęgniarki** - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego. Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 PLN w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku ubezpieczeniowego.
- 4) **Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku ubezpieczeniowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.
- 5) **Opieka domowa po hospitalizacji** - jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 6) **Całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu** - w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,

wymagającego co najmniej 7 dniowego pobytu w szpitalu, wymagającego całodobowego nadzoru pielęgniarki ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w łącznym limicie 1000 PLN w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku ubezpieczeniowego.

- 7) **Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi** - jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
- przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi** w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - lub **przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.

Ubezpieczyciel spełnia świadczenia, o których mowa w pkt 7) wyłącznie wtedy, gdy w miejscu zamieszkania ubezpieczonego nie ma żadnej osoby mogącej zapewnić opiekę nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi.

- O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.
- W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1600 PLN w odniesieniu do jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.
- Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela, na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

- Limity kosztów określonych w ust. 3 i ust. 5. odnoszą się oddzielnie do ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
- W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 3) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego.
 - informowanie o państwowych i prywatnych placówkach służby zdrowia w razie choroby lub urazu, do których doszło poza miejscem zamieszkania,
 - informowanie o działaniu leków, skutkach ubocznych, interakcjach z innymi lekami, możliwości przyjmowania w czasie ciąży itp,
 - informowanie o placówkach prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - informowanie o placówkach handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - informacje medyczne, w tym informacje o tym, jak należy się przygotowywać do zabiegów lub badań medycznych.
 - Informacje o dietach, zdrowym żywieniu,
 - dostęp do infolinii medycznej, polegający na telefonicznej rozmowie z lekarzem dyżurnym Centrum Pomocy, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego ustnej informacji, co do dalszego postępowania. Informacje nie mają charakteru diagnostycznego i leczniczego i nie mogą być traktowane jako podstawa do jakichkolwiek roszczeń wobec lekarza uprawnionego lub ubezpieczyciela.

§ 8

- Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §9 ust. 5,
 - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
 - kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru,
 - pozostawiania/działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu,

- narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia,
- d) chorób psychicznych,
 - e) popełnienia przestępstwa lub usiłowania popełnienia przestępstwa w rozumieniu ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, wraz z późniejszymi zmianami),
 - f) uprawiania następujących niebezpiecznych sportów lub aktywności fizycznej: narciarstwo alpinizm, baloniarstwo, lotniarstwo, lotnictwo, nurkowanie przy użyciu specjalistycznego sprzętu, skoki na gumowej linie, spadochroniarstwo, speleologia, sporty motorowodne, szybownictwo, wyścigi samochodowe i motocyklowe,
 - g) działania energii jądrowej, promieniowania radioaktywnego i pola elektromagnetycznego w zakresie szkodliwym dla człowieka, z wyłączeniem stosowania wyżej wymienionych w terapii zgodnie z zaleceniami lekarskimi,
 - h) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu o charakterze medycznym, zachowawczym lub zabiegowym, chyba że przeprowadzenie go było zalecone przez lekarza,
 - i) popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, niezależnie od stanu poczytalności,
 - j) Zespołu Nabytego Niedoboru Odporności (AIDS),
 - k) chorób przewlekłych.
- 6) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje jakichkolwiek szkód na mieniu lub osobie ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego powstałych w związku ze świadczeniem usług zorganizowanych przez ubezpieczyciela.

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer certyfikatu,

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

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 26/2012 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 1 marca 2012 roku.

Jarosław Parkot

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



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

Tabela opłat do Indywidualnego Ubezpieczenia Oszczędnościowego STABILNA PRZYSZŁOŚĆ

Umowa podstawowa	Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty	Tryb pobierania
Zmniejszenie premii ubezpieczeniowej w przypadku wykupu lub wypłaty kwoty premii		5%	Opłata pobierana przy wykupie ubezpieczenia lub wypłacie kwoty premii
Minimalna wartość wykupu		2 000 zł	

LIMITY

Górny limit sumy ubezpieczenia w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia	1) dla osoby, która nie ukończyła 45 roku życia wynosi 100 000 zł 2) dla osoby, która ukończyła 45 rok życia wynosi 50 000 zł 3) dla osoby, która ukończyła 60 rok życia wynosi 20 000 zł
--	---

Niniejsza tabela opłat została zatwierdzona Uchwałą nr 173/2011 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 2 listopada 2011 roku.

Jarosław Parkot

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



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